BUKU 4
Perasuransian

SERI LITERASI KEUANGAN
PERGURUAN TINGGI

Perasuransian

"Buku ini didedikasikan untuk pembelajaran dan manfaat bagi Mahasiswa guna memiliki pemahaman dan memberikan kontribusi terbaik bagi perkembangan industri Perasuransian di Indonesia"

Sambutan

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) meletakkan program peningkatan literasi keuangan dan perluasan akses masyarakat terhadap industri keuangan formal sebagai salah satu program prioritas. Sebagai panduan, OJK telah menerbitkan Strategi Nasional Literasi Keuangan Indonesia (SNLKI) Tahun 2013 dan Revisit SNLKI Tahun 2017 bagi Lembaga Jasa Keuangan agar upaya peningkatan literasi dan inklusi keuangan berlangsung dengan lebih terstruktur dan sistematis.

Salah satu pilar dalam Revisit SNLKI tersebut adalah penyusunan dan penyediaan materi Literasi Keuangan pada setiap jenjang pendidikan formal. OJK bersama-sama dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan serta Industri Jasa Keuangan telah menerbitkan buku literasi keuangan "Mengenal Jasa Keuangan" untuk tingkat SD (kelas IV dan V), serta buku "Mengenal Otoritas Jasa Keuangan dan Industri Jasa Keuangan" untuk tingkat SMP dan tingkat SMA (kelas X). Selanjutnya pada tahun 2016, bekerja sama dengan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi, OJK telah menerbitkan buku literasi keuangan untuk perguruan tinggi yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa atas industri jasa keuangan yang dinamis dan menciptakan aset bangsa yang mandiri secara finansial.

Pada tahun 2016, OJK telah meluncurkan seri buku literasi keuangan yang terdiri dari 9 buku yang meliputi buku: (1) Otoritas Jasa Keuangan dan Pengawasan Mikroprudensial, (2) Perbankan, (3) Pasar Modal, (4) Perasuransian, (5) Lembaga Pembiayaan, (6) Dana Pensiun, (7) Lembaga Jasa Keuangan Lainnya, (8) Industri Jasa Keuangan Syariah, (9) Perencanaan Keuangan. Selanjutnya pada tahun 2019, dalam rangka mengikuti perkembangan industri jasa keuangan yang dinamis, OJK kembali melakukan

penyempurnaan kondisi dan data terkini juga mewujudkan kolaborasi dengan Direktorat Jenderal Pajak (DJP), Kementerian Keuangan yang selama ini telah terbina, dengan menambahkan buku (10) Aspek Perpajakan Sektor Jasa Keuangan, untuk memberikan gambaran yang lebih menyeluruh dan aplikatif tentang produk dan jasa keuangan.

Kami juga mengambil manfaat dari perkembangan teknologi internet dan *digital* yang memberikan kesempatan bagi mahasiswa dan pembelajar secara mandiri menentukan keberhasilannya secara efisien dan efektif melalui *platform digital*. Pada revisi seri buku perguruan tinggi terbitan tahun 2019 ini atas bantuan Asian Development Bank (ADB), buku seri literasi keuangan tersebut kemudian dapat diakses secara bebas melalui **https://sikapiuangmu.ojk.go.id** dalam bentuk modul *e-book*.

Pada akhirnya, kami menyampaikan ucapan terima kasih dan apresiasi atas dukungan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia, DJP, Kementerian Keuangan, ADB serta segenap anggota Kelompok Kerja Penyusun buku yang merupakan perwakilan dari industri jasa keuangan, dosen Fakultas Ekonomi, serta rekan narasumber dari OJK.

Akhir kata, kami berharap buku ini bermanfaat bagi mahasiswa dalam meningkatkan pemahamannya mengenai sektor jasa keuangan sehingga mampu mengelola keuangan dengan baik yang pada akhirnya dapat mewujudkan masyarakat Indonesia yang sejahtera.

Jakarta, Juli 2019

Tirta Segara

Anggota Dewan Komisioner Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen, Otoritas Jasa Keuangan.

Kata Pengantar

Dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, para pendiri bangsa telah merumuskan bahwa tujuan Negara Kesatuan Republik Indonesia adalah melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut serta melaksanakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, Pasal 31 ayat (3) mengamanatkan bahwa pemerintah mengusahakan dan menyelenggarakan satu sistem pendidikan nasional, yang meningkatkan keimanan dan ketakwaan serta akhlak mulia dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, yang diatur dengan Undang-Undang. Pada saat ini pengaturan tersebut diimplementasikan dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Pasal 4 ayat 5 UU No 20/2003 menjelaskan bahwa pendidikan diselenggarakan dengan mengembangkan budaya membaca, menulis, dan berhitung bagi segenap warga masyarakat.

Sementara itu, UNESCO dan Deklarasi Praha pada tahun 2003 telah merumuskan tatanan budaya literasi dunia yang dikenal dengan istilah literasi informasi yang terkait dengan kemampuan untuk mengidentifikasi, menentukan, menemukan, mengevaluasi, menciptakan secara Efektif dan terorganisir, menggunakan dan mengkomunikasikan informasi untuk mengatasi berbagai persoalan. Kemampuan-kemampuan tersebut merupakan kompetensi dasar yang perlu dimiliki setiap individu sebagai syarat untuk berpartisipasi dalam masyarakat informasi, dan itu bagian dari hak dasar manusia menyangkut pembelajaran sepanjang hayat.

Namun demikian, berdasarkan survei nasional literasi keuangan yang dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan pada tahun 2013, didapat bahwa indeks literasi keuangan masyarakat Indonesia baru mencapai 21,84%, sementara indeks inklusi keuangan adalah sebesar 59,74%. Seri buku ini diharapkan dapat meningkatkan indeks literasi dan inklusi tersebut. Kemenristekdikti menyambut baik upaya Otoritas Jasa Keuangan dalam meningkatkan lite-rasi keuangan melalui penerbitan seri buku ini.

Dengan terdistribusikannya materi literasi keuangan kepada seluruh mahasiswa khususnya mahasiswa fakultas ekonomi yang mencapai lebih dari 1 juta (sekitar 18% dari total mahasiswa) pada tahun 2015 secara terstruktur dan komprehensif dengan materi lainnya, diharapkan dapat membuka wawasan dan meningkatkan keterampilan mahasiswa dan masyarakat pada umumnya dalam mengelola keuangan.

Di samping itu, materi pada buku ini juga memberikan informasi yang lebih lengkap dan aplikatif mengenai industri jasa keuangan sebagai bekal dalam memasuki dunia kerja. Diprakarsai langsung oleh otoritas yang membawahi jasa keuangan, buku ini layak menjadi acuan utama di kalangan perguruan tinggi dalam mempelajari produk dan jasa keuangan di Indonesia.

Kami mengucapkan terima kasih kepada Otoritas Jasa Keuangan dan tim penyusun buku yang terlibat di dalamnya. Semoga seri buku ini dapat memberikan manfaat yang besar, tidak hanya bagi kalangan mahasiswa namun juga bagi para pendidik dan masyarakat pada akhirnya.

Jakarta, Agustus 2016

Prof. H. Mohamad Nasir, Ph.D., Ak

Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi

Sekapur Sirih

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penyempurnaan Buku Seri Literasi Keuangan untuk tingkat Perguruan Tinggi. Buku Seri ini terdiri dari 10 (sepuluh) buku yaitu (1) Otoritas Jasa Keuangan dan Pengawasan Mikroprudensial; (2) Perbankan; (3) Pasar Modal; (4) Perasuransian; (5) Lembaga Pembiayaan; (6) Program Pensiun; (7) Lembaga Jasa Keuangan Lainnya; dan (8) Industri Jasa Keuangan Syariah; (9) Perencanaan Keuangan; dan (10) Aspek Perpajakan Sektor Jasa Keuangan.

Buku Seri Literasi Keuangan - Perasuransian disusun untuk memenuhi kebutuhan mahasiswa dan dosen tentang Industri perasuransian, mulai dari penjelasan teori yang mendukung, sejarah, klasifikasi asuransi, produk asuransi, perusahaan perasuransian, organisasi perasuransian, alur proses penutupan dan penyelesaian klaim termasuk menyelesaikan sengketa klaim, perhitungan pembayaran premi, perhitungan klaim, pengaturan dan pengawasan industri perasuransian, perkembangan industri perasuransian, dan karir di industri asuransi. Buku Seri Literasi Keuangan - Perasuransian ini dapat dijadikan sebagai pedoman bagi mahasiswa Fakultas Ekonomi maupun jurusan atau pihak terkait dalam pengkayaan materi dan wawasan serta memberikan petunjuk praktis untuk mendapatkan gambaran secara jelas mengenai industri perasuransian.

Tim Penyusun yang terdiri dari akademisi dan praktisi terpercaya di masing-masing industri berharap Buku Seri Literasi Keuangan untuk Perguruan Tinggi - Perasuransian dapat memberikan pemahaman mengenai fungsi dan manfaat serta potensi yang dimiliki oleh industri asuransi. Dengan memahami fungsi dan manfaat tersebut, mahasiswa dapat menentukan asuransi yang dibutuhkan dan mampu menjalankan penutupan asuransi serta mampu bersikap saat mengalami risiko kerugian. Selanjutnya, dengan penggunaan buku ini untuk pengajaran perguruan tinggi di seluruh Indonesia diharapkan akan membentuk masyarakat yang sadar dan mengerti akan fungsi dan manfaat asuransi, sehingga dapat menggunakan asuransi dengan baik dalam mengelola keuangan yang pada akhirnya dapat mewujudkan masyarakat Indonesia yang sejahtera.

Akhir kata, tim penyusun menyadari bahwa buku ini tidak luput dari kekurangan dan kesempurnaan. Tim Penyusun mengucapkan terima kasih kepada semua pihak atas kepercayaan yang diberikan dan pihak terkait yang telah membantu dan mendukung penyusunan serta penyelesaian materi Buku Seri Literasi Keuangan ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi masyarakat luas dan bangsa Indonesia.

Jakarta, Juli 2019

Tim Penyusun

Daftar Isi

Daftar Gambar

Daftar Tabel

Keterkaitan Antar Bab

BAB 1

Pendahuluan

Membahas mengenai besarnya kerugian pada kasus Air Asia QZ8501.

BAB 2

Sejarah Perasuransian

Membahas asal usul munculnya asuransi di dunia serta perkembangan asuransi di Indonesia baik asuransi umum maupun asuransi jiwa.

BAB 3

Teori Risiko dan Asuransi

Membahas mengenai:

a. Pengertian, Karakteristik, Jenis, Pengelolaan dan Pengalihan Risiko.

b. Pengertian, Manfaat dan Prinsip Asuransi.

c. Pengertian, manfaat, jenis koasuransi dan reasuransi.

d. Teori terkait asuransi seperti: Asimetris Informasi, Agency dan Kredibilitas, serta penerapannya dalam asuransi.

BAB 4

Klasifikasi Asuransi

Membahas mengenai jenis-jenis asuransi berdasarkan pengelolaan dana, tujuan operasional dan jenis produk.

BAB 5

Produk Asuransi dan Simulasi Perhitungan Premi serta Klaim

Membahas mengenai:

a. Produk-produk yang dimiliki asuransi umum dan jiwa termasuk hal yang dijamin serta tidak dijamin oleh produk tersebut.

b. Perhitungan pembayaran premi dan klaim penerapan teori kredibilitas.

BAB 6

Alur Proses Perasuransian

Membahas mengenai:

a. Proses penutupan dan klaim asuransi termasuk dokumen serta hal-hal yang perlu diperhatikan.

b. Lembaga resmi yang berfungsi menyelesaikan sengketa klaim asuransi.

BAB 7

Pelaku dan Asosiasi Perasuransian

a. Membahas pengertian, manfaat, hubungan perusahaan asuransi dan reasuransi serta penunjang usaha asuransi.

b. Membahas organisasi perasuransian yang ada di dunia dan di Indonesia termasuk peran organisasi tersebut dalam dunia perasuransian di Indonesia.

BAB 8

Profesi di Industri Perasuransian

Membahas mengenai profesi yang ada di industri asuransi.

BAB 9

Perkembangan Teknologi Dalam Industri Asuransi

Memberikan pengetahuan kepada pembaca mengenai pemanfaatan teknologi dalam asuransi.

BAB 10

Perkembangan Sektor Perasuransian

Memberikan informasi kepada pembaca mengenai pertumbuhan sektor asuransi di Indonesia.

BAB 11

Pengaturan Perasuransian

Memberikan informasi kepada pembaca mengenai pengaturan terhadap perusahaan asuransi.

BAB 12

Pengawasan Perasuransian

Memberikan informasi kepada pembaca mengenai pengawasan terhadap perusahaan asuransi.

Tsunami Selat Sunda

Gambar 1 Tsunami Selat Sunda *Sumber : Frans Delian/Shutterstock*

Fenomena Alam terjadinya Bencana Tsunami pada Sabtu malam tanggal 22 Desember 2018 di Selat Sunda meninggalkan kepedihan yang mendalam bagi masyarakat setempat. Tsunami yang tanpa didahului peringatan dini dan tanda-tanda alam seperti gempa bumi dan surutnya air laut, membuat penduduk asli serta pengunjung yang sedang berlibur di pesisir pantai tidak siap menghadapi bencana dahsyat tersebut. Grup band "Seventeen" yang kala itu sedang asyik membawakan lagu kedua mereka dengan suara yang menggelegar telah menghipnotis seluruh penonton, sehingga tidak seorangpun mendengar suara gemuruh gelombang tsunami yang datang secara tiba-tiba dari belakang panggung dan menghempas seluruh makhluk dan benda yang ada. Duka yang menyayat hati sanubari dan kehilangan atau kerusakan harta benda, telah menimbulkan kerugian bagi korban dan atau keluarga korban.

Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) mencatat korban meninggal akibat Tsunami Selat Sunda sebanyak 437 orang, 14.059 orang luka-luka, 16 orang hilang, dan 33.721 mengungsi. Peristiwa ini telah melanda

lima kabupaten, yaitu: Kabupaten Pandeglang dan Serang di Provinsi Banten, Kabupaten Lampung Selatan, Pesawaran dan Tanggamus di Provinsi Lampung.

Nyawa dan rasa duka yang timbul dari musibah tersebut tidak dapat dinilai secara material, namun demikian dalam suatu peristiwa kerugian, nilai kemanusiaan untuk mengurangi derita keluarga korban dapat dirumuskan dalam santunan ataupun asuransi jiwa. Begitupun kerusakan atau kehilangan harta benda dapat dirumuskan dalam nilai kerugian yang dijamin oleh asuransi umum. Dengan adanya musibah tersebut, masyarakat menjadi semakin lebih menyadari risiko yang mungkin terjadi dalam hidup mereka dan dengan kecepatan memperoleh informasi, masyarakat menjadi semakin mudah untuk melakukan tindakan antisipatif dengan mengalihkan risiko kepada perusahaan asuransi.

• • •

BAB 1

PENDAHULUAN

Tujuan Pembahasan:

Menumbuhkan minat pembaca untuk mengenal asuransi secara mendalam.

Dalam setiap langkah kehidupan kita, kita selalu berusaha untuk dapat memprediksi apa yang akan terjadi kemudian. Namun seringkali kita dihadapkan pada suatu kondisi ketidakpastian atas kebenaran dari apa yang kita prediksikan. Manusia memiliki keterbatasan untuk mengetahui secara pasti apa yang akan terjadi 1 tahun kemudian, 1 bulan kemudian, bahkan 1 detik kemudian pun manusia tidak dapat memastikannya. Kepastian baru datang setelah kejadian, atau hanya Tuhan yang tahu sebelumnya. Manusia hanya dapat berusaha, berharap dan berdoa agar apa yang terjadi kemudian akan selalu baik baginya. Namun sayang sekali, karena tidak semua yang kita harapkan baik akan selalu baik sesuai dengan harapan.

Kita hidup di dalam dunia yang penuh risiko. Risiko dapat terjadi sewaktu-waktu tanpa dapat diprediksi. Ada berbagai macam risiko, antara lain: risiko hilangnya mobil, risiko kematian, risiko sakit kritis, risiko gagal melanjutkan pendidikan, risiko kecelakaan akibat terjatuh dari motor, risiko kebakaran pada tempat usaha, risiko rumah kebanjiran, dan masih banyak macam risiko lainnya. Risiko pada umumnya membuat bayangan yang menakutkan, tidak mengenakkan dan kondisi tidak nyaman karena apabila terjadi, akan menimbulkan kerugian. Berbagai usaha dilakukan oleh manusia dalam rangka mengantisipasi risiko yang mungkin terjadi, dengan jalan menghindari risiko, mengurangi risiko, membatasi risiko atau mengalihkan risiko tersebut kepada pihak lain. Mekanisme mengalihkan risiko yang paling lazim dilakukan adalah dengan cara berasuransi.

Pihak yang mengalihkan risiko (Tertanggung) membayar premi kepada perusahaan asuransi yang menerima risiko (Penanggung). Membayar premi merupakan kewajiban yang harus dipenuhi Tertanggung. Sebagai bukti pengalihan risiko dari Tertanggung kepada Penanggung, maka Penanggung mengeluarkan surat kontrak perjanjian yang disebut polis asuransi. Jika terjadi kerugian akibat risiko, maka Penanggung akan memberikan ganti rugi yang besarnya telah ditentukan dalam polis asuransi. Pada asuransi sosial, Tertanggung membayar iuran wajib dan Penanggung yang biasa disebut penyelenggara, memberikan santunan jika terjadi kerugian yang besarnya telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan.

Banyak yang masih beranggapan bahwa asuransi itu dapat menjamin semua risiko dan harus membayar ganti rugi terhadap semua penyebab terjadinya kerugian tersebut. Asuransi memang dapat menjamin berbagai macam risiko namun tidak bisa mencegah semua risiko agar tidak terjadi. Asuransi melakukan proses pengelolaan risiko sehingga apabila risiko tersebut terjadi, maka Tertanggung tidak mengalami kerugian finansial. Kerugian yang terjadi akan ditanggung oleh perusahaan asuransi sesuai kesepakatan yang tertuang pada polis asuransi.

BAB 2

SEJARAH PERASURANSIAN

Tujuan Pembahasan:

1. Memberikan informasi kepada pembaca mengenai sejarah asuransi.
2. Menambah wawasan pembaca terkait perkembangan asuransi di Indonesia.

Asuransi Pada Jaman Sebelum Masehi

Sebagaimana pada umumnya, manusia mempunyai naluri selalu berusaha untuk menyelamatkan jiwanya dari berbagai ancaman terhadap dirinya, termasuk ancaman kekurangan makanan/ pangan. Salah satu riwayat mengenai masalah ini tercantum pada Al-Qur'an Surat Yusuf ayat 43-49 dan Kitab Injil Testamen Lama Genesus 41, yang meriwayatkan tentang seorang Raja di Negeri Mesir yang bermimpi melihat tujuh ekor sapi yang kurus masing-masing menelan seekor sapi yang gemuk. Dalam mimpinya yang kedua, raja tersebut melihat tujuh butir gandum yang berat dan berisi dimakan habis oleh tujuh butir gandum yang kosong. Nabi Yusuf A.S. memberikan saran agar pada saat panen yang melimpah tersebut dibuat sebagian cadangan gandum untuk masa paceklik yang akan datang.

Selain itu, sebuah buku kuno dari India yang dinamakan Rig Veda yang ditulis dalam Bahasa Sansekerta menyebutkan riwayat tentang Yoga Kshema yang berarti pertanggungan. Riwayat tersebut adalah bukti bahwa manusia senantiasa memikirkan dan mempersiapkan kehidupan masa depannya.

Penelitian para ahli terhadap sejarah pertumbuhan asuransi banyak yang menyoroti bahwa awal terbentuknya asuransi ditandai dengan praktik *bottomry contract*. *Bottomry contract* adalah suatu cara pembiayaan perdagangan yang mempunyai sifat khusus. Riwayatnya yaitu sekitar tahun 2.250 sebelum masehi Bangsa Babylonia yang hidup di daerah Sungai Euphrat dan Tigris (sekarang wilayah Irak). Pada waktu itu, pedagang atau pemilik kapal dapat mengambil barang-barang dagangan untuk dijual ke tempat-tempat lain tanpa membayar harga barang tersebut terlebih dahulu, namun mereka diwajibkan untuk membayarnya kelak dengan pembayaran bunganya dan ditambah pula dengan sejumlah uang sebagai imbalan atas risiko yang telah dipikul oleh pemberi barang. Akan tetapi, jika ternyata barang-barang tersebut dirampok dalam perjalanan, maka para pedagang akan dibebaskan dari kewajiban tersebut. Kontrak perjanjian ini mirip dengan asuransi dalam bentuknya yang masih primitif.

TAHUN 600 SEBELUM MASEHI

India sudah mengenal praktik *bottomry contract*.

TAHUN 400 SEBELUM MASEHI

Dari tulisan Plutarach dan cerita mengenai Demostinus, didapat suatu petunjuk bahwa Yunani pun sejak tahun 400 sebelum masehi telah mengenal praktik *bottomry contract*.

TAHUN 215 SEBELUM MASEHI

Pada tahun 215 sebelum masehi, pemerintah Kerajaan Romawi diminta oleh para supplier perlengkapan dan perbekalan tentara kerajaan

untuk menerima suatu konsepsi pemberian perlindungan kepada mereka terhadap segala risiko kerugian yang mereka derita atas barang-barang mereka yang berada di kapal sebagai akibat bahaya maritim/ pelayaran, seperti serangan musuh dan badai.

TAHUN 50 SEBELUM MASEHI

Cicero, pada kira-kira 50 tahun sebelum masehi memberi penjelasan tentang praktik pemberian perlindungan atau jaminan terhadap keselamatan pengiriman uang atau surat-surat berharga selama dalam perjalanan. Sebagai imbalannya, pihak yang diberi perlindungan tersebut memberikan semacam balas jasa berupa uang premi kepada pihak pemberi perlindungan.

TAHUN 50

Kaisar Claudius mengeluarkan suatu jaminan kepada para importir/ pemasok barang terhadap semua kerugian yang mereka derita sebagai akibat angin badai, tentunya dengan dikenakan premi.

TAHUN 200

Para saudagar dan aktor di Italia mendirikan semacam lembaga asuransi yang disebut *Collegia Tenuiorum* dengan maksud untuk membantu janda dan anak-anak yatim para anggotanya. Para bekas budak belian yang diperbantukan kepada ketentaraan pun membentuk lembaga yang serupa dengan nama *Collegia Nititum*. Kumpulan tersebut dimaksudkan agar para bekas budak tersebut dapat dikuburkan secara layak apabila meninggal.

TAHUN 1194-1266

Perkembangan lembaga yang mirip dengan asuransi terus tumbuh dan akhirnya pada masa pemerintahan Ratu Elenor di Belgia dibentuk undang-undang asuransi yang tercantum dalam *ROLES D’OLERON*.

• • •

Sejarah Asuransi Umum

Sejarah asuransi umum secara detail dapat dijelaskan melalui produk-produk asuransi umum yang berkembang sesuai dengan kebutuhan masyarakat di dunia.

Sejarah Asuransi Pengangkutan (*Marine Cargo Insurance*)

Asuransi pengangkutan (melalui laut dan darat) mulai diselenggarakan di Italia pada sekitar abad 12. Para pedagang bangsa Italia tiba di Inggris sekitar abad 12 dan 14 dengan membawa kebiasaan perdagangan mereka, termasuk asuransi pengangkutan. Para pedagang dan pelaut bangsa Eropa pada waktu itu biasa membicarakan bisnis tersebut di kedai-kedai kopi, di mana kopi merupakan minuman kegemaran baru bagi mereka.

Salah satu kedai kopi yang ternama adalah kedai milik Edward Lloyd di tepi muara Sungai Thames yang dibukanya sekitar tahun 1680. Pemiliknya (Edward Lloyd) cukup cerdik, di mana untuk menarik pengunjungnya diciptakan pelayanan khusus dengan menyediakan alat-alat tulis dan membuat sebuah

majalah informasi tentang kapal-kapal yang akan berlayar dan tiba di London, serta berita musibah dan situasi di berbagai pelabuhan lainnya di luar negeri. Kemudian dia menerbitkan buletin yang diberi nama Lloyd News yang kemudian terakhir menjadi sebuah terbitan surat kabar Lloyd List yang diterbitkan tahun 1734 setelah ia meninggal. Dari sinilah muncul istilah "*Underwriters*" yaitu sekelompok orang yang membuat perjanjian-perjanjian asuransi dengan cara membubuhkan tanda tangannya (namanya) di bawah perjanjian itu sebagai tanda bahwa mereka bersedia menjadi Penanggung terhadap risiko yang diperjanjikan.

Gambar 2 Ilustrasi Kedai Kopi Edward Lloyd

Sumber: www.wikipedia.org

Karena jasa-jasanya, maka namanya diabadikan pada nama organisasi yang dibentuk oleh para asuradur, yaitu Lloyd's Corporation dan replika bagian depan *coffee shop* nya kini terdapat dalam sebuah ruangan di Lloyd Building di Lime Street, London.

• • •

Sejarah Asuransi Kebakaran (*Fire Insurance*)

Asuransi kebakaran seperti yang kita kenal sekarang baru muncul pada tahun 1680, yaitu setelah terjadinya kebakaran besar yang melanda kota London pada tahun 1666 (*The Great Fire of London*).

Kebakaran tersebut terjadi pada tanggal 2 sampai 5 September 1666 selama 4 hari yang mulai timbul dari Pudding Lane, sebuah perusahaan roti yang memenuhi kebutuhan roti istana raja. Dalam peristiwa itu 89 buah gereja dan 13.200 rumah di sepanjang 400 jalanan musnah, sehingga 200.000 dari 500.000 rumah penduduk kota London menjadi rata dengan tanah dan baru selesai dibangun kembali pada tahun 1671.

Beberapa perusahaan asuransi kebakaran bermunculan setelah itu. Pada tahun 1680 berdiri perusahaan asuransi kebakaran yang pertama kali berbentuk perseroan, yakni The Phoenix Fire Office. Pada tahun 1714 berdiri The Union Fire Office dan pada tahun 1717 The Westminster Fire Office berdiri.

Pada awalnya, perusahaan asuransi kebakaran mengkhususkan diri hanya terhadap penutupan objek asuransi tertentu saja, misalnya The Hand in Hand yang hanya menutup pertanggungan atas bangunan-bangunan, sedangkan The Sun Fire Office hanya menutup pertanggungan atas barang-barang dagangan. Luas jaminan asuransi kebakaran lama kelamaan dikembangkan termasuk risiko karena air pemadam kebakaran, gempa bumi, gangguan usaha karena kebakaran, risiko kerusuhan, badai, huru-hara, peledakan dan lain-lain.

Gambar 3 Ilustrasi The Great Fire of London

Sumber: www.wikimedia.org

Sejarah Asuransi Kecelakaan Diri (*Personal Accident Insurance*)

Awal dari perkembangan asuransi kecelakaan diri adalah sehubungan dengan banyaknya kecelakaan yang dialami setelah adanya kemajuan teknik dan industri pada abad 19. Ditemukannya mesin-mesin yang digerakkan oleh uap kemudian gas dan listrik sebagai pengganti tenaga manusia atau hewan menyebabkan seringnya terjadi kecelakaan, karena pekerja belum begitu mengenal risiko yang dikandung oleh alat-alat modern.

Pengoperasian kereta api sering menyebabkan kecelakaan cedera badan, khususnya ketika belum ada undang-undang keselamatan yang mengatur hal tersebut seperti sekarang ini. Penemuan kendaraan bermotor yang digerakkan oleh tenaga mesin mengakibatkan banyaknya korban di jalan raya. Perusahaan asuransi yang pertama kali berdiri ialah The Railway Passengers Assurance Co. yang berdiri pada tahun 1848. Lama kelamaan jenis asuransi ini berkembang menjadi asuransi kecelakaan dan jaminannya tidak dibatasi pada kecelakaan kereta api saja.

Menjelang akhir abad ke-19, telah diberikan jaminan terhadap penyakit tertentu dan terhadap kecelakaan yang kemudian dilanjutkan sampai sekarang. Pada abad ke-20 diperluas dengan jaminan biaya perawatan rumah sakit. Selanjutnya berkembang kepada asuransi kelompok, misalnya asuransi kecelakaan diri bagi karyawan kereta api, perusahaan-perusahaan industri, dan perdagangan.

• • •

Sejarah Asuransi Tanggung Gugat (*Liability Insurance*)

Perkembangan asuransi tanggung gugat berjalan berdampingan dengan perkembangan asuransi tanggung gugat majikan (*Employer's Liability*). Kesadaran masyarakat tentang kemungkinan-kemungkinan terjadinya risiko gugatan dari pihak ketiga mulai disadari. Sejak awalnya tahun 1875, beberapa polis dikeluarkan sehubungan dengan kendaraan yang ditarik kuda (asuransi tanggung gugat terhadap pihak ketiga). Dengan lahirnya *Employer's Liability Act* pada tahun 1880, polis-polis asuransi tanggung gugat umum mulai dikeluarkan, terutama untuk pemborong bangunan. Selanjutnya, berkembang terhadap bisnis lainnya dan saat ini di Inggris asuransi tanggung gugat untuk instalasi nuklir dan tempat pacuan kuda merupakan asuransi yang bersifat wajib.

• • •

Sejarah Asuransi Kebongkaran (*Burglary Insurance*)

Menurut riwayatnya pada tahun 1897, seorang *underwriter* Lloyd menyetujui perluasan jaminan asuransi kebakaran dengan melekatkan sebuah *endorsement* yang menambah risiko pembongkaran semata-mata karena tambahan saja. Namun kemudian jenis asuransi ini menjadi terkenal.

Perusahaan asuransi yang menjadi pelopor saham usaha asuransi kebongkaran adalah Mercantile Accident and Guarantee Insurance Co. yang polis perdananya dikeluarkan pada tahun 1889.

• • •

Sejarah Asuransi Kendaraan Bermotor (*Motor Car Insurance*)

Kendaraan yang pertama digerakkan oleh mesin tiba di London pada tahun 1894. Diberlakukannya *Locomotive on Highways Act* 1896 memungkinkan pengangkutan dengan kendaraan bermotor berkembang. Selanjutnya pada tahun 1898 Law Accident Insurance Society menciptakan asuransi kendaraan bermotor. Pada saat Perang Dunia pertama, dirasakan betapa besarnya kegunaan kendaraan bermotor dan karenanya kemudian meningkat sekali kepemilikan kendaraan bermotor. Sejalan dengan itu, peristiwa kecelakaan di jalan raya sangat meningkat. Akan tetapi anggota masyarakat yang menderita kerugian dalam kecelakaan kendaraan bermotor sering tidak memperoleh santunan yang menjadi hak mereka dari pemilik kendaraan. Berdasarkan hal ini diberlakukanlah asuransi tanggung gugat pihak ketiga yang bersifat wajib, yaitu berdasarkan *Road Trafic Act* 1930. Peraturan ini mengalami pemyempurnaan terus sampai akhirnya dikeluarkan *Road Trafic Act* 1974.

Dalam keputusan Masyarakat Ekonomi Eropa, ditetapkan bahwa semua polis asuransi kendaraan bermotor yang dikeluarkan oleh para Penanggung dalam Masyarakat Ekonomi Eropa harus mencantumkan sekurang-kurangnya jaminan minimum yang ditetapkan dalam ketentuan hukum negara-negara Masyarakat Ekonomi Eropa. Dengan meningkatnya kesadaran berasuransi masyarakat dan menyadari besarnya risiko yang dihadapi para pemilik dan pengendara kendaraan, maka sekarang hampir setiap pemilik kendaraan bermotor menutup pertanggungan kendaraan bermotornya.

• • •

Sejarah Asuransi Jiwa

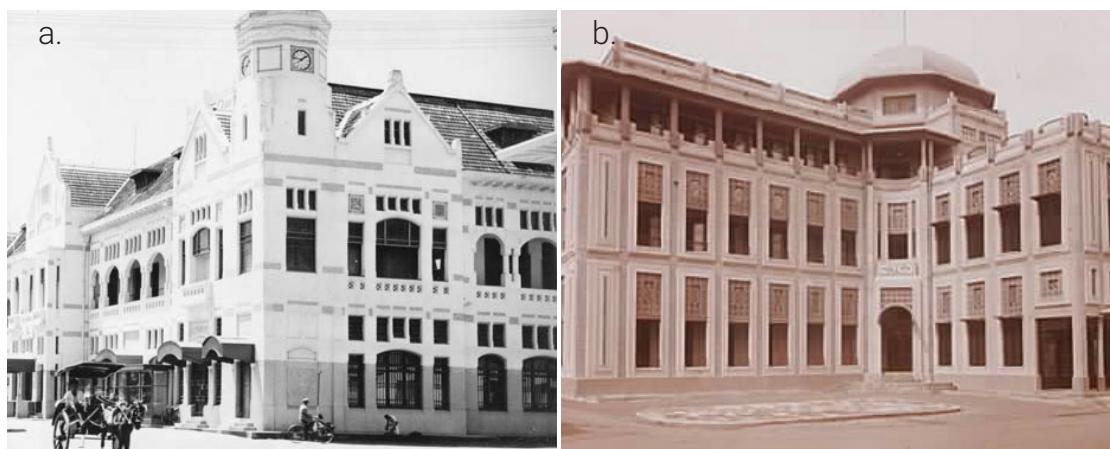
Dari berbagai macam literatur tentang asuransi jiwa yang ada, kebanyakan menyatakan bahwa polis pertama yang pernah dikeluarkan adalah untuk Williams Gybbons, seorang penduduk Kota London yang ketakutan akan desas-desus wabah penyakit menular yang terjadi waktu itu di tahun 1583. Jumlah Uang Pertanggungan (JUP) yang diminta oleh Williams Gybbons adalah 400 Poundsterling untuk masa pertanggungan satu tahun, dia berani membayar premi sebesar 82 Poundsterling (8% dari JUP). Pihak Penanggung (asuradur), terdiri dari sekelompok pemilik uang yang biasa berkumpul di sebuah kedai kopi. Mereka secara proporsional membagi risiko atas JUP tersebut dan demikian juga penerimaan preminya.

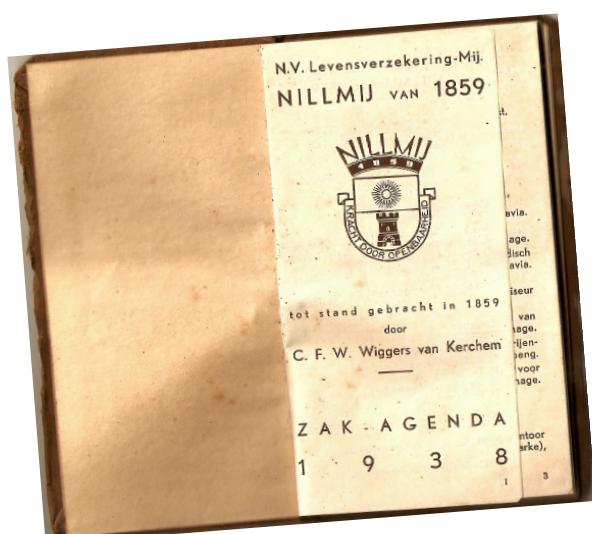
Seperti kita lihat di atas, dasar pembelian asuransi oleh Williams Gybbons adalah adanya desas-desus penyakit menular yang terjadi waktu itu. Rangkaian berita dari mulut ke mulut yang makin lama makin dramatis ini, mengatakan bahwa selama 70 tahun terakhir telah mewabah penyakit menular yang menyerang kota London dan sekitarnya sebanyak 5 kali, dan setiap kali menyerang, minimal menelan korban sekitar 20% dari jumlah penduduk.

Penduduk yang semakin panik sangat mengganggu ketenteraman kota dan kehidupan warga kota. Akhirnya, pada tahun 1603, pemerintah kota London menerbitkan "*Bills of Mortality*" untuk mengurangi rasa panik penduduk, dan membuktikan bahwa kematian sesungguhnya yang terjadi tidaklah sebesar seperti yang didesas-desuskan selama ini. Dalam perkembangannya *Bills of Mortality* merupakan dasar dari *Table of Mortality* (tabel mortalitas) yang sekarang kita kenal di industri asuransi jiwa.

Pada tahun 1706 di Inggris berdiri sebuah perusahaan asuransi jiwa yang disebut The Amicable of London. Perusahaan ini didirikan atas dasar gotong royong dan belum menggunakan prinsip-prinsip asuransi yang kita gunakan seperti sekarang ini. Polis dikeluarkan hanya untuk jangka waktu satu tahun dan dapat diperpanjang. Uang premi setiap tahun bertambah sesuai dengan kenaikan usia Tertanggung dan nilai preminya terlalu mahal.

Pada tahun 1762 barulah muncul perusahaan asuransi jiwa modern seperti sekarang, yakni The Equitable of London. Bentuk perusahaan ini adalah asuransi jiwa bersama dan merupakan yang pertama menggunakan landasan ilmiah. Perusahaan asuransi jiwa ini juga merupakan yang pertama mengeluarkan polis seumur hidup dengan premi tahunan yang rata selama kontrak. Premi diperhitungkan berdasarkan umur Tertanggung dan pertanggungan. Perubahan penting dalam pertumbuhan asuransi jiwa ini terjadi dengan lahirnya *Dodson's Principle*, yang antara lain berbunyi:

1. Asuransi berbentuk asuransi bersama atas jiwa dan kebertahanan hidup;
2. Tidak ada pembatasan dalam keanggotaan;
3. Para anggota berhak atas bagian dari laba atau ikut memikul beban kerugian secara berimbang;
4. Premi tahunan dikenakan terhadap risiko yang berhubungan dengan jenis pekerjaan dan wanita di bawah usia 50 tahun; dan
5. Tipe asuransi hendaknya mencakup asuransi dengan jangka waktu satu tahun, kurun waktu beberapa tahun dan seumur hidup.

Pandangan James Dodson ini sangat mempengaruhi perkembangan usaha asuransi jiwa sekarang. Sekitar 100 tahun setelah lahirnya The Equitable of London, di Inggris telah berdiri lebih kurang 500 perusahaan asuransi jiwa, yang kemudian menyebar dengan pesat ke berbagai negara termasuk Amerika Serikat.

Pada pertengahan abad 17 di Perancis pun terjadi perkembangan, yaitu mulai diterapkannya sistem anuitas yang diberi nama *Tontine*. Nama ini diambil dari nama orang yang menemukannya yaitu Lorenzo Tonti yang berasal dari Italia. Penyelenggaranya adalah Perancis yang sedang mengalami defisit anggaran negara. Pelaksanaan sistem ini mewajibkan setiap warga negara menyerahkan uang sebesar 300 Lire kepada negara. Dari dana yang terkumpul tiap tahun, bunganya dibagikan kepada orang-orang yang masih hidup.

Sejarah Perasuransian di Indonesia

Asuransi masuk ke Indonesia pada waktu penjajahan Belanda dan negara kita pada waktu itu disebut Nederland Indie. Adanya asuransi di negeri kita ini akibat dari berhasilnya bangsa Belanda dalam sektor perkebunan dan perdagangan di negeri jajahannya, sehingga untuk memenuhi kebutuhan akan jaminan kehilangan usahanya, adanya asuransi mutlak diperlukan.

Diperkirakan masuknya asuransi ke Indonesia adalah sesaat setelah berdirinya sebuah perusahaan asuransi di Belanda yang bernama De Nederlanden Van 1845. Di Indonesia sendiri oleh orang Belanda didirikan sebuah perusahaan asuransi jiwa dengan nama Nederlandsh Indisch Leven Verzekering En Liefrente Maatschappij (NILLMIJ), dimana perusahaan ini terakhir diambil alih oleh Pemerintah Republik Indonesia dan sekarang bernama PT Asuransi Jiwasraya.

Gambar 4 Ilustrasi Kantor NILLMIJ di (a) Jakarta; dan (b) Semarang pada Tahun 1859

Gambar 5 Ilustrasi Polis Asuransi Pertama pada Tahun 1859

Sejalan dengan arus pergerakan kebangsaan, seperti lahirnya Budi Utomo di tahun 1908, lahir pula bentuk-bentuk usaha asuransi jiwa dari kalangan bumiputera (bangsa Indonesia), seperti:

1. Q.L. Mij PGHB (Onderlinge Levensverzekerings Maatschappij Persatuan Guru Hindia Belanda), 12 Februari 1912 di Magelang. Kemudian menjadi O.L. Mij Boemi Poetra dan akhirnya sekarang menjadi Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera (AJB) 1912.
2. Maskapai Asuransi Indonesia (didirikan oleh Dr. Samratulangi).
3. De "Bataviasche" O.L. Mij.
4. De O.L. Mij "Djawa".

Terlihat bahwa pemikiran akan pentingnya asuransi di kalangan bangsa Indonesia sudah mulai berkembang. Kalau diperhatikan lebih teliti, hampir semuanya berbentuk perusahaan bersama (mutual) merupakan suatu hal yang selaras dengan jiwa gotong royong bangsa Indonesia. Pada tahun 1942 -1945, perkembangan asuransi praktis terhenti karena sedang terjadi revolusi fisik. Setelah bangsa Indonesia merdeka, maka mulai tahun 1950, asuransi mulai tumbuh lagi di mana pada periode ini bangsa Indonesia mulai membangun perekonomian sendiri. Perusahaan-perusahaan asuransi yang tadinya dibekukan mulai dibuka kembali, namun demikian adanya kebijaksanaan Pemerintah Republik Indonesia pada saat itu yang menguasai semua jalur perekonomian, dan masa perjuangan mengembalikan wilayah Irian Barat dari tangan penjajah bangsa Belanda menyebabkan semua perusahaan asing diambil alih oleh negara, termasuk perusahaan-perusahaan asuransi.

Perusahaan-perusahaan asuransi kerugian asing yang dinasionalisasikan ini dijadikan Perusahaan Negara Asuransi Kerugian (PNAK) yang pada saat itu ada 6 PNAK, yaitu:

1. PNAK Ika Mulya ex. O. J. W Schlenckeer.
2. PNAK Ika Karya ex. Bloim Van Der Aa.
3. PNAK Ika Chandra ex. DE. Nederlandan Van 1945.
4. PNAK Ika Nusa ex NV. Assurantie Maatschappij de Nederlandshe Lloyd Anno 1953.
5. PNAK Ika Bharata ex. Batabiashe Zee and Brand Ass 1843.
6. PNAK Ika Bhakti ex. Langevelt Schoroder.

Selanjutnya keenam PNAK ini dilebur menjadi tiga perusahaan negara yaitu:

1. PNAK Djasa Raharja, yang khusus bergerak dalam bidang sosial.
2. PNAK Djasa Samoedera, yang khusus bergerak untuk bidang asuransi *marine*.
3. PNAK Djasa Aneka, yang khusus dalam bidang asuransi kebakaran dan aneka.

Ketiga PNAK ini kemudian dilebur menjadi satu perusahaan yang disebut Perusahaan Negara Asuransi Bendasraya yang bergerak dalam semua jenis asuransi kerugian. Pada tahun 1973 Perusahaan Negara Asuransi Bendasraya ini digabungkan dengan PT Umum Internasional Underwriter menjadi PT (Persero) Asuransi Jasa Indonesia.

Untuk kesejahteraan rakyat, pemerintah juga mendirikan perusahaan-perusahaan asuransi sosial yang melaksanakan kegiatannya berdasarkan ketentuan perundang-undangan, seperti:

1. Perum Jasa Rahardja (sekarang persero), yang melaksanakan Undang-Undang Kecelakaan penumpang dan Dana Kecelakaan Lalu Lintas.
2. Perum Taspen yang menyelenggarakan Tabungan dan Asuransi untuk Pegawai Negeri. Perum Taspen didirikan tahun 1964 dan pada saat itu menjadi satu-satunya perusahaan milik negara yang mengkhususkan penetapan asuransi dalam valuta asing.
3. Perum ASABRI, untuk anggota Angkatan Bersenjata Republik Indonesia.
4. Perum ASTEK (Jamsostek), yaitu Asuransi Sosial Tenaga Kerja (ASTEK) yang merupakan asuransi kecelakaan tenaga kerja perusahaan swasta dan melaksanakan Peraturan Pemerintah tahun 1977.

Dengan lahirnya pemerintah Orde Baru 1966 maka sektor swasta ditumbuhkan lagi dan jalur perekonomian yang dikuasai perusahaan-perusahaan negara dibagi menjadi tiga golongan, yaitu Perusahaan Jawatan, Perusahaan Umum, dan Persero (Undang-Undang No. 9 tahun 1969). Dengan pesatnya pembangunan di Indonesia sejak masa Orde Baru, Industri Perasuransian pun berkembang dengan pesat.

Dalam upaya menerbitkan dan meningkatkan mutu dari industri asuransi di Indonesia, pemerintah telah mengeluarkan berbagai kebijakan berupa ketentuan dan perundangan. Ketentuan perundangan yang penting dalam menertibkan usaha bidang perasuransian ini adalah Surat Keputusan Menteri

Keuangan No. 214 dan 215/KMK.013/1988 yang dikenal dengan Paket Desember.

Tidak lama kemudian setelah itu, lahirlah undang-undang khusus mengenai usaha perasuransian sebagai yang pertama kalinya sejak Republik Indonesia merdeka, yaitu Undang-Undang No.2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian berikut dengan peraturan pemerintah, keputusan Menteri Keuangan dan peraturan ketua Badan Pengawas Pasar Modal-Lembaga Keuangan (Bapepam-LK) yang mengatur sangat rinci mengenai langkah-langkah usaha perasuransian dalam dunia asuransi. Undang-Undang tersebut diperbaharui dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014.

Kini otoritas pengawas industri perasuransian adalah Otoritas Jasa Keuangan (OJK). OJK telah mengeluarkan aturan tentang penetapan tarif premi asuransi serta ketentuan biaya akuisisi, terhitung sejak 24 Januari 2014 yaitu Surat Edaran OJK Nomor SE-06/D.05/2013.

Penetapan tarif premi asuransi ini sudah sesuai dengan Pasal 20 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, dan sesuai Keputusan Menteri Keuangan Nomor 422/KMK.06/2003 Pasal 19, bahwa premi harus dihitung berdasarkan profil kerugian (*risk and loss profile*) selama sekurang-kurangnya lima tahun. Surat Edaran OJK Nomor SE-06/D.05/2013 Tanggal 31 Desember 2013 tentang Penetapan Tarif Premi Serta Ketentuan Biaya Akuisisi pada Lini Usaha Asuransi Kendaraan Bermotor dan Harta Benda Serta Jenis Risiko Khusus Meliputi Banjir, Gempa Bumi, Letusan Gunung Api, dan Tsunami Tahun 2014 sudah didasarkan pada hasil diskusi intensif bersama asosiasi perusahaan asuransi serta pelaku industri asuransi. Surat Edaran terkait penetapan tarif premi saat ini telah diperbaharui oleh OJK melalui Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 6/SEOJK.05/2017 tentang Penetapan Tarif Premi Atau Kontribusi Pada Lini Usaha Asuransi Harta Benda Dan Asuransi Kendaraan Bermotor.

Surat edaran itu mengatur penetapan batas atas dan batas bawah tarif premi, kecuali untuk asuransi gempa bumi. Tarif batas atas ditetapkan dengan tujuan melindungi kepentingan masyarakat dari pengenaan premi yang berlebihan (*over-pricing*). Sedangkan penetapan tarif batas bawah bertujuan mencegah tarif premi yang tidak memadai yang dapat menyebabkan perusahaan asuransi tak mampu membayar kewajibannya saat terjadi klaim.

Penyempurnaan tampaknya masih akan dilakukan terus oleh otoritas pemerintah terutama sehubungan dengan pembinaan perusahaan-perusahaan asuransi nasional dalam menghadapi era globalisasi yang akan datang.

BAB 3

TEORI RISIKO DAN ASURANSI

Tujuan Pembahasan:

1. Menambah pengetahuan pembaca terkait pengertian, jenis-jenis, pengelolaan dan pengendalian risiko.
2. Memberikan pengetahuan kepada pembaca terkait asuransi termasuk manfaat dan prinsipnya.
3. Memberikan informasi kepada pembaca mengenai mekanisme penempatan risiko yang dilakukan oleh perusahaan asuransi.
4. Meningkatkan kesadaran pembaca terkait pentingnya keseimbangan informasi pada saat melakukan penutupan asuransi.

Risiko

Dalam kehidupan sehari-hari sering sekali kita mendengar istilah 'risiko'. Risiko berbeda dengan kesempatan walaupun terdapat keraguan pada keduanya, di mana pada kesempatan terdapat kebaikan/ keuntungan sedangkan pada risiko tidak terdapat kebaikan/ keuntungan. Berbagai macam risiko seperti risiko kebakaran, tertabrak kendaraan lain di jalan, risiko terkena banjir di musim hujan, risiko hari tua, risiko meninggal dunia dan sebagainya. Semua risiko itu dapat menyebabkan terjadinya kerugian jika tidak diantisipasi dari awal.

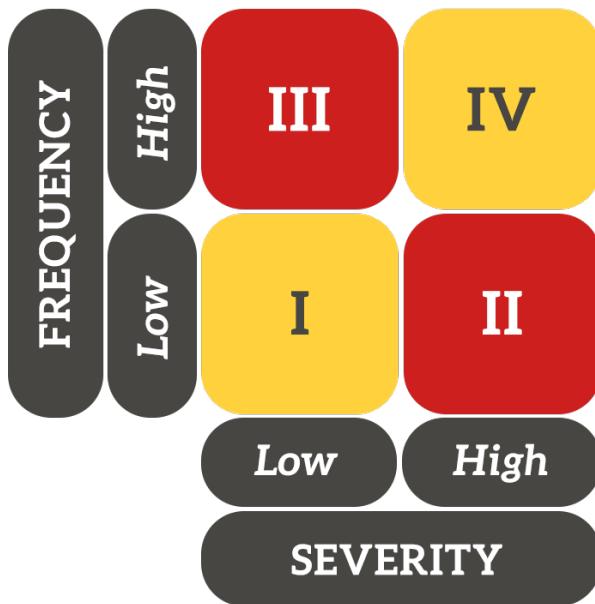
Kematian dan sakit itu pasti terjadi dan dialami oleh setiap manusia, tetapi mengapa bisa diasuransikan? Memang benar dua risiko tersebut pasti dihadapi oleh semua orang, namun dua hal tersebut masih memiliki unsur ketidakpastian yaitu kapan, di mana, dan bagaimana risiko tersebut akan terjadi. Hal inilah yang mendasari risiko ini dapat diasuransikan. Kita akan membahas lebih dalam masalah ini pada subbab Risiko-Risiko Yang Dapat Diasuransikan.

Terdapat 3 komponen risiko (Naron, 2008), yaitu:

1. Risiko memiliki unsur ketidakpastian;
2. Risiko menimbulkan suatu implikasi kerugian;
3. Risiko timbul karena adanya satu atau beberapa sebab.

Pengertian Risiko

Menurut Vaughan dan Vaughan (1982) dalam bukunya "Fundamentals of Risk and Insurance", berbagai buku asuransi yang dipergunakan pada perguruan tinggi di Amerika Serikat memiliki perbedaan dalam mendefinisikan risiko, antara lain:

1. Kemungkinan mengalami kerugian (*chance of loss*).
2. Peluang rugi (*posibility of loss*).
3. Ketidakpastian (*uncertainty*).
4. Penyimpangan kenyataan dari hasil yang diharapkan (*the diversion of actual from expected result*)
5. Peluang/ kemungkinan terjadi hasil-hasil yang berbeda dari hasil semula yang diharapkan (*the probability of any outcome different from the one expected*).

Vaughan dan Vaughan (1982) sendiri mendefinisikan risiko sebagai "*a condition in which there is possibility of adverse deviation from desired outcome that is expected or hoped for*", atau diterjemahkan secara bebas sebagai suatu keadaan yang mengandung peluang atau kemungkinan adanya penyimpangan dari tujuan yang direncanakan atau sasaran yang diharapkan, yang mengakibatkan ketidaknyamanan.

Risiko adalah ketidakpastian adanya kerugian (*uncertainty of loss*). Dengan kata lain dalam dunia asuransi, setidaknya risiko itu harus mengandung unsur "ketidakpastian" dan "kerugian". Ketidakpastian itu bisa dalam hal waktu, tempat dan kepada siapa peristiwa tersebut terjadi, sedangkan kerugian yang dimaksud adalah harus dapat dinilai dengan uang.

• • •

Tingkatan Risiko

Karakteristik risiko ditentukan berdasarkan kombinasi dari sering atau tidak terjadinya risiko tersebut (*frequency*) dan besarnya kerugian yang ditimbulkan akibat risiko tersebut (*severity*). Karakteristik risiko tersebut dapat diilustrasikan seperti tampak pada Gambar 6 berikut.

Gambar 6 Ilustrasi Karakteristik Risiko

Keterangan:

1. Area I, merupakan area dengan risiko yang jarang terjadi dan memiliki nilai kerugian yang rendah. Contoh risiko ini antara lain kehilangan pakaian di bagasi pesawat. Umumnya risiko yang ada pada area ini dapat diterima dan dapat ditanggung oleh individu tersebut.
2. Area II, merupakan area dengan risiko yang jarang terjadi namun memiliki nilai kerugian yang tinggi. Contoh risiko ini

antara lain jatuhnya pesawat terbang, kebakaran rumah tinggal, tenggelamnya kapal laut, hilangnya mobil mewah, gempa bumi dan tsunami, serta meninggalnya seseorang karena kecelakaan. Umumnya risiko yang ada pada area ini merupakan area yang memerlukan pengalihan risiko (asuransi).

3. Area III, merupakan area dengan risiko yang sering terjadi namun memiliki nilai kerugian yang rendah. Contoh risiko ini antara lain kerusakan tanaman akibat hewan liar, senggolan kendaraan bermotor, dan pencurian makanan ringan di pasar swalayan.

4. Area IV, merupakan area dengan risiko yang sering terjadi dan memiliki nilai kerugian yang besar. Contoh risiko ini antara lain kebakaran pada area pemukiman padat penduduk. Risiko yang ada pada area ini biasanya sangat membutuhkan peran asuransi namun merupakan risiko yang dihindari oleh perusahaan asuransi. Jika risiko tersebut tetap dijamin asuransi, maka premi yang ditawarkan sangat mahal.

• • •

The Heinrich Triangle

Heinrich Triangle merupakan hasil dari pengamatan Herbert William Heinrich pada beberapa ribu kecelakaan kerja seperti yang ditunjukkan pada Gambar 7 di bawah ini.

Gambar 7 *The Heinrich Triangle*

Dari gambar 7 di atas, segitiga tersebut menunjukan bahwa pada lingkungan kerja, setiap potensi terjadinya satu kecelakaan kerja dengan cedera mayor, terdapat 29 kecelakaan kerja dengan cedera minor, dan 300 kecelakaan kerja tanpa cedera yang berarti (Naron, 2008).

• • •

Peril dan *Hazard*

Bahaya (*peril*) yaitu suatu kondisi yang dapat menimbulkan terjadinya risiko kerugian, contohnya percikan api dan arus pendek adalah *peril* bagi kebakaran suatu bangunan, tabrakan di jalan raya adalah *peril* bagi rusaknya mobil yang kita miliki.

Hazard, yaitu bukanlah sesuatu yang menyebabkan terjadinya suatu risiko kerugian, namun ***hazard*** dapat memperbesar kemungkinan terjadinya suatu bahaya (*peril*) dan memperbesar tingkat kerugian yang dialami (Naron, 2008).

Hazard dapat dibedakan menjadi dua (Naron, 2008):

1. *Physical Hazard*, merupakan *hazard* yang timbul karena karakter fisik dari risiko tersebut, seperti konstruksi yang dimiliki suatu bangunan, sistem keamanan yang dimiliki toko, kabel listrik yang telah aus yang memperbesar terjadinya arus pendek, dan sebagainya.
2. *Moral Hazard,* merupakan *hazard* yang timbul karena faktor manusia, khususnya sikap para Tertanggung pemilik asuransi, contohnya ketidak-jujuran Tertanggung dan mengemudi dengan kecepatan tinggi.

Menurut Vaughan dan Vaughan (1982), selain dua hazard di atas terdapat dua jenis *hazard* lainnya, yaitu:

1. *Legal Hazard,* merupakan *hazard* yang timbul karena undang-undang atau peraturan yang harus ditaati oleh masyarakat yang dapat menjadi penyebab terjadinya atau meningkatkan peluang terjadinya kerugian. Contoh dari *legal hazard* antara lain keputusan yang dibuat hakim dalam sidang pengadilan dan wewenang pemerintah dalam menetapkan peraturan tata-guna lahan yang mengharuskan mengubah lahan perumahan menjadi stasiun kereta atau jalan.
2. *Moral Hazard,* merupakan *hazard* yang timbul karena sikap acuh atau tidak berhati-hatinya manusia sehingga menyebabkan terjadinya atau meningkatkan peluang terjadinya kerugian.

• • •

Klasifikasi Risiko

Risiko Finansial dan Risiko Non Finansial

Risiko finansial adalah risiko yang jika terjadi dampak kerugiannya dapat dinilai atau diukur dengan uang, contohnya risiko kehilangan kendaraan bermotor dan kebakaran rumah tinggal.

Risiko non finansial adalah risiko yang dampak kerugiannya tidak dapat dinilai atau diukur secara keuangan, contohnya risiko kesalahan dalam memilih karir dan risiko kesalahan dalam memilih pasangan hidup.

Risiko Murni dan Risiko Spekulatif

Risiko murni adalah suatu risiko yang apabila terjadi akan menimbulkan kerugian (tidak dapat menimbulkan keuntungan), contohnya jika terjadi kecelakaan pada mobil akan menimbulkan kerugian berupa rusaknya mobil.

Risiko spekulatif adalah suatu risiko yang apabila terjadi dapat menimbulkan kerugian dan dapat juga menimbulkan keuntungan, contohnya adalah sesorang yang memiliki investasi dalam bentuk emas, dapat menimbulkan kerugian jika harga emas turun atau dapat menimbulkan keuntungan jika harga emas naik.

Risiko Khusus dan Risiko Fundamental

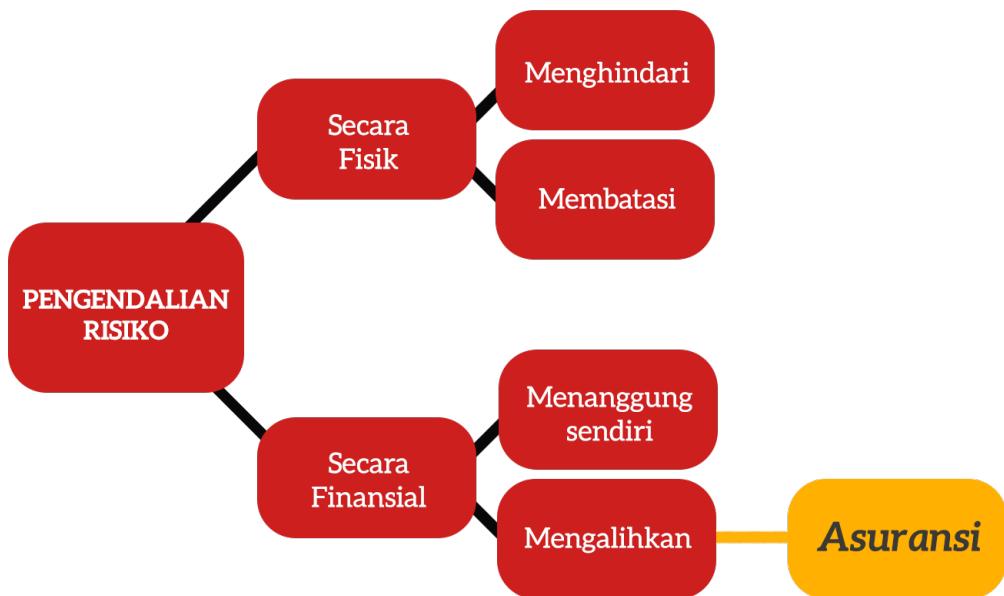
Risiko khusus adalah suatu risiko yang terjadi hanya bersifat pribadi dan dampaknya dirasakan secara lokal saja, contohnya adalah kebakaran pada rumah hanya dirasakan oleh orang yang memiliki rumah dan lingkungan di sekitar rumah yang terbakar tersebut.

Sedangkan risiko fundamental adalah suatu risiko yang terjadi tidak hanya mengenai orang tertentu dan apabila terjadi dampak kerugiannya bisa sangat luas atau bersifat katastropik, contohnya adalah kerusuhan sosial di Jakarta tahun 1998 dan tsunami di Selat Sunda tahun 2018.

Risiko Statis (*Static Risk*) dan Risiko Dinamis (*Dynamic Risk*)

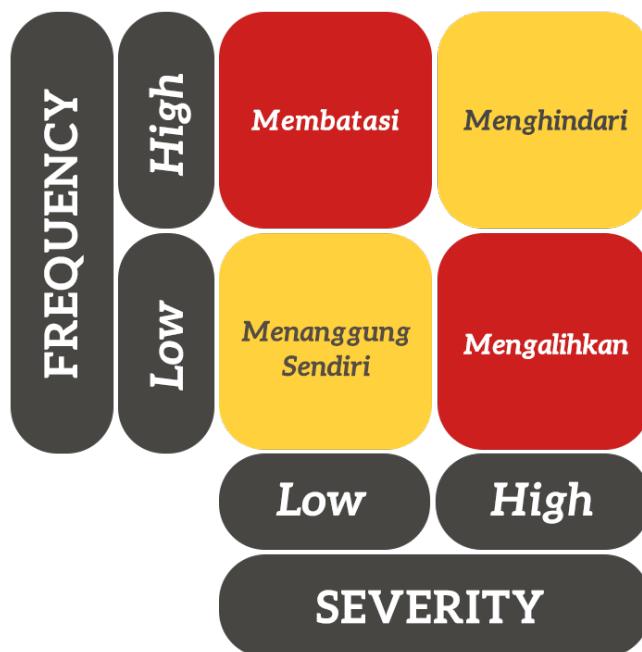
Risiko statis adalah segala bentuk risiko yang tidak diakibatkan atau dipengaruhi oleh keadaan ekonomi, seperti kemungkinan terhentinya proses produksi karena kelalaian operator, kemungkinan kehilangan harta benda karena kebakaran, dan pencurian.

Risiko dinamis adalah segala bentuk risiko kerugian akibat perubahan dalam ekonomi, seperti naik turunnya nilai mata uang, turunnya nilai saham, dan adanya teknologi baru. Umumnya risiko dinamis tidak dapat diasuransikan dan risiko statis dapat diasuransikan.

• • •

Pengelolaan Risiko (Manajemen Risiko)

Manajemen risiko adalah proses pengelolaan risiko yang mencakup identifikasi, evaluasi dan pengendalian risiko yang dapat mengancam kelangsungan usaha atau aktivitas perusahaan.

Tujuan yang ingin dicapai melalui proses manajemen risiko pada suatu perusahaan antara lain mengurangi pengeluaran, mencegah perusahaan dari kegagalan, menaikkan keuntungan perusahaan, menekan biaya produksi, dan meningkatkan kepercayaan para *shareholders* perusahaan.

Tahap-tahap yang dilalui oleh perusahaan dalam mengimplementasikan manajemen risiko adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi terlebih dahulu risiko-risiko yang dimiliki atau nantinya mungkin akan dialami oleh perusahaan.
2. Menganalisis pola risiko dan mengevaluasi risiko tersebut, ditinjau dari *severity* (nilai risiko) dan frekuensinya.
3. Tahap terakhir adalah pengendalian risiko. Tahap pengendalian risiko dibedakan menjadi 2, yaitu pengendalian fisik (risiko dihilangkan, risiko diminimalisir) dan pengendalian finansial (risiko ditahan, risiko ditransfer).

Gambar 8 Proses Pengendalian Risiko

Sumber: (CII, (2011), IF1 study text. Insurance, legal and regulatory

Dalam menentukan metode pengendalian risiko yang tepat perlu diperhatikan tingkat *frequency* dan tingkat *severity* dari risiko tersebut. Berikut diagram yang menggambarkan pengendalian risiko berdasarkan tingkat *frequency* dan tingkat *severity* suatu risiko.

Gambar 9 Diagram Pengendalian Risiko Sesuai Karakteristik Risiko

Teori Pengalihan Risiko

Teori pengalihan risiko sendiri pertama kali dikemukakan oleh Mehr dan Cammack (1980). Di dalam buku tersebut ditulis bahwa "Risiko mempengaruhi asuransi, sehingga secara sederhana risiko dapat disebut sebagai ketidakpastian mengenai kerugian" (Mehr dan Cammack, 1980). Jika diteliti lebih dalam, maka dapat dilihat bahwa sebuah ketidakpastian tentang kerugian yang mungkin didapatkan itulah yang menyebabkan seseorang ingin melakukan pengalihan risiko.

Lebih lanjut, Mehr dan Cammack (1980) mengatakan bahwa "Suatu pengalihan risiko (*transfer of risk*) disebut asuransi". Jadi dapat kita simpulkan bahwa latar belakang dan tujuan dari adanya asuransi adalah adanya keinginan untuk melakukan pengalihan risiko.

Pengalihan risiko adalah pemindahan kemungkinan risiko yang ada kepada pihak lain dengan mengeluarkan biaya tertentu. Dengan demikian secara tidak langsung dapat kita simpulkan bahwa sangat besar kaitan antara asuransi dan pengalihan risiko. Hal ini sesuai seperti yang dikatakan Hansell dalam bukunya "*Element of Insurance*" yang menyatakan bahwa asuransi selalu berkaitan dengan risiko (*Insurance is to do with risk*), karena dengan teori pengalihan risiko kita dapat mengetahui gambaran atau ramalan terhadap suatu prospek di masa yang akan datang (Hansell,1979).

Risiko-Risiko yang Dapat Diasuransikan (*Insurable Risk*)

Tidak semua risiko bisa diasuransikan, dan untuk dapat diasuransikan, suatu risiko harus memenuhi beberapa kriteria di bawah ini (Fitriyani, 2013):

1. Merupakan risiko murni, dan juga termasuk risiko khusus, contoh: risiko kebakaran, risiko kecelakaan diri, risiko kebanjiran, risiko meninggal dunia.

2. Akibat dari risiko tersebut harus dapat dinilai atau diukur dengan uang (*Financial Risk*), yang berarti bahwa risiko tersebut harus bersifat finansial bukan emosional, contoh: sering ada gurauan, apakah risiko putus cinta bisa diasuransikan? Jawabannya tentu tidak bisa, karena kerugian yang terjadi sifatnya adalah tidak dapat diukur dengan uang.
3. Risiko yang bersifat sama (homogen) dan dalam jumlah besar (*large numbers*), yang bertujuan untuk dapat memprediksi terjadinya suatu risiko dan memperkirakan besarnya kerugian yang terjadi, contoh: lukisan asli Monalisa di mana lukisan tersebut sulit diasuransikan karena jumlahnya hanya satu sehingga tidak terdapat padanan untuk menilai berapa harga preminya.
4. Risiko tersebut harus terjadi secara kebetulan dan tidak disengaja (*furtuitous*), contoh: risiko kematian akibat bunuh diri tidak akan bisa diasuransikan karena sifatnya disengaja.
5. Risiko itu dapat diperkirakan dan dapat dibuktikan kejadiannya, contoh: risiko kehilangan kendaraan bermotor yang jika terjadi harus dapat dibuktikan dengan surat keterangan polisi.

• • •

Asuransi

Pengertian Asuransi

Asuransi (*Insurance*) berasal dari kata *assurance* yang berarti jaminan atau perlindungan. Asuransi secara hukum dapat didefinisikan sebagai suatu perikatan antara dua pihak yaitu: Penanggung (perusahaan asuransi) dan Tertanggung (individu atau badan usaha). Penanggung mengikatkan diri untuk memberikan ganti rugi kepada Tertanggung, bila terjadi peristiwa atau musibah yang dijamin dalam polis. Tertanggung membayar sejumlah uang kepada Penanggung yang disebut premi, sebagai imbal jasa atas pengalihan risiko dari Tertanggung kepada Penanggung.

Asuransi harus memiliki beberapa unsur sebagai berikut:

1. Pengalihan risiko dari Tertanggung kepada Penanggung,
2. Tertanggung membayar premi,
3. Penanggung berkewajiban membayar ganti rugi sesuai persyaratan dan ketentuan yang diatur polis.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kata asuransi atau pertanggungan diartikan sebagai perjanjian antara dua pihak, pihak pertama berkewajiban membayar iuran dan pihak kedua berkewajiban memberikan jaminan sepenuhnya kepada pihak pertama apabila terjadi sesuatu yang menimpa pihak pertama atau barang miliknya, sesuai dengan perjanjian yang dibuat. Menurut UU No. 40 Tahun 2014 tentang perasuransian, asuransi merupakan perjanjian diantara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dengan pemegang polis, yang menjadi dasar atau acuan bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi dengan imbalan untuk:

1. Memberikan penggantian kepada Tertanggung atau pemegang polis karena kerugian yang dideritanya, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan maupun tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita Tertanggung/ pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti tersebut; atau
2. Memberikan pembayaran dengan acuan pada meninggalnya Tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidup si Tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

Secara umum pengertian asuransi adalah salah satu mekanisme dari bentuk pengalihan risiko dari Tertanggung kepada pihak Penanggung dengan membayar sejumlah premi, di mana jika terjadi suatu kerugian akibat dari ketidakpastian (risiko) maka pihak Penanggung akan memberikan ganti rugi kepada Tertanggung.

• • •

Manfaat Asuransi

Asuransi memiliki manfaat sebagai berikut:

1. Memberikan rasa aman dan perlindungan, dengan memiliki polis asuransi, Tertanggung akan terhindar dari kemungkinan timbul risiko kerugian di kemudian hari dan menjadi tenang jiwanya karena objek yang diasuransikan dijamin oleh Penanggung.
2. Pendistribusian biaya dan manfaat yang lebih adil, semakin besar kemungkinan terjadinya risiko kerugian timbul, semakin besar pula premi pertanggungannya.
3. Memberikan kepastian, merupakan manfaat utama asuransi karena pada dasarnya asuransi berusaha untuk mengurangi konsekuensi yang tidak pasti dari suatu keadaan yang merugikan (*peril*), yang tidak dapat diperkirakan sebelumnya sehingga biaya atau akibat finansial dari kerugian tersebut menjadi pasti atau relatif pasti.
4. Sarana menabung, untuk asuransi jenis tertentu, uang yang diasuransikan memiliki nilai tunai yang dapat diambil, yaitu seperti pada asuransi *whole life* atau *endowment*. Ada pula produk asuransi yang sengaja digabungkan dengan investasi, yaitu *unit link*.
5. Instrumen pengalihan dan penyebaran risiko, melalui asuransi kemungkinan timbul risiko kerugian dapat dialihkan dan disebarkan kepada pihak Penanggung.
6. Membantu meningkatkan kegiatan usaha Tertanggung. Tertanggung dapat terus berinvestasi pada suatu bidang usaha tanpa harus khawatir akan terjadinya risiko yang menyebabkan usahanya terhenti.
7. Menjadikan hidup lebih tenang, karena segala risiko yang dapat diasuransikan telah ada yang menanggung.
8. Jaminan kredit, polis asuransi dapat dijadikan sebagai jaminan kredit (*insurance server as a basis of credit*) biasanya hanya untuk asuransi jiwa dan sangat selektif pada jenis kredit dan bank tertentu.

Prinsip-Prinsip Asuransi

Dalam suatu pertanggungan/ asuransi terdapat prinsip yang mendasari suatu pertanggungan, yang bertujuan agar tidak terjadi penyimpangan-penyimpangan terhadap tujuan diadakannya asuransi. Prinsip tersebut berlaku mutlak dalam suatu perikatan asuransi. Terdapat perbedaan prinsip pada asuransi umum dan asuransi jiwa. Prinsip-prinsip asuransi tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1 Prinsip-Prinsip Asuransi

NO	PRINSIP ASURANSI	JIWA	UMUM
1	*Insurable Interest*	√	√
2	*Utmost Good Faith*	√	√
3	*Indemnity*		√
4	*Proximate Cause*	√	√
5	*Subrogation*		√
6	*Contribution*		√

• • •

Kepentingan untuk Mengasuransikan (*Insurable Interest*)

Insurable Interest (kepentingan untuk mengasuransikan) merupakan suatu prinsip yang penting dalam asuransi, dimana *insurable interest* memberikan hak untuk mengasuransikan kepada seseorang, karena adanya hubungan keuangan yang diakui oleh hukum antara orang tersebut dengan objek pertanggungan, di mana yang menjadi pokok perjanjian asuransi adalah kepentingan keuangan yang dimiliki seseorang Tertanggung dalam objek pertanggungan tersebut.

Pasal 250 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) menyebutkan:

> *Apabila seorang yang telah mengadakan suatu pertanggungan untuk diri sendiri atau apabila seorang yang untuknya telah diadakan suatu pertanggungan, pada saat diadakannya pertanggungan itu tidak mempunyai kepentingan terhadap barang yang dipertanggungkan itu, maka si Penanggung tidaklah diwajibkan memberikan ganti-rugi.*

Pasal 268 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) menyebutkan:

> *Suatu pertanggungan dapat mengenai segala kepentingan yang dapat dinilaikan dengan uang, dapat diancam oleh suatu bahaya dan tidak dikecualikan oleh undang-undang.*

Lionel Messi adalah pencetak gol terbanyak Barcelona sepanjang sejarah, dia juga pemain bola dengan gaji tertinggi saat ini. Salah satu hobinya adalah mengoleksi mobil mewah. Ada salah satu penggemar berat Messi bernama Andi yang ingin mengasuransikan salah satu mobil Messi. Apakah hal tersebut diperbolehkan? Jawabannya tentu tidak boleh karena Andi tidak mempunyai hubungan keuangan dengan mobil Messi, karena jika mobil Messi rusak atau hilang, Andi tidak akan merasakan kerugian keuangan apa pun.

Sumber-sumber yang menimbulkan insurable interest adalah sebagai berikut.

1. Kepemilikan (*Ownership*) atas harta benda, hak, kepentingan atau tanggung gugat seseorang kepada orang lain dalam hal kelalaian. Hal ini diatur dalam pasal 1365 dan 1366 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yang berbunyi:

    a. Pasal 1365

        Tiap perbuatan yang melanggar hukum dan membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang menimbulkan kerugian itu karena kesalahannya untuk mengganti kerugian tersebut.

    b. Pasal 1366

        Setiap orang bertanggung jawab, bukan hanya atas kerugian yang disebabkan perbuatan- perbuatan, melainkan juga atas kerugian yang disebabkan kelalaiannya.

2. Suatu Kontrak (*Contract*). Dimana salah satu pihak berada dalam hubungan yang diakui secara hukum dengan harta benda atau tanggung jawab yang menjadi pokok perjanjian tersebut. Contohnya dalam suatu kontrak penyewaan bangunan, dinyatakan bahwa si penyewalah yang bertanggung jawab atas perawatan atau perbaikannya sehingga ia memiliki *Insurable Interest* terhadap bangunan yang disewanya. Hal ini dapat terjadi karena kontrak penyewaan tersebut menciptakan hubungan yang diakui secara hukum antara si penyewa dengan bangunan yang disewanya.

3. Undang-undang (*Statue*). Terdapat beberapa undang-undang yang berlaku di Inggris atau Britania Raya yang isinya memberikan *insurable interest* kepada suatu pihak tertentu sebagai berikut.

    a. Industrial Assurance and Friendly Societies Act 1948 and Amendment Act 1958.

    b. Repair of BeneficeBuilding Measure 1972,

    c. Marine Insurance Act 1745,

    d. Married Women's Property Act 1882,

    e. Married Women's Policies of Assurance (Scotland) Act 1880 (as amended by the Married Women's Policies of Assurance (Amendment) act 1980,

    f. Settled Land Act 1925.

Itikad yang Terbaik (*Utmost Good Faith*)

Dalam kontrak asuransi doktrin yang berlaku berdasarkan *utmost good faith*, di mana Penanggung maupun Tertanggung mempunyai hak untuk mengetahui fakta-fakta penting (*material facts*) yang berkaitan dengan penutupan asuransinya, serta masing-masing berkewajiban untuk memberitahukan secara jelas dan detail atas segala fakta-fakta penting sehubungan dengan penutupan tersebut.

Pengertian *utmost good fait*h adalah suatu kewajiban yang positif dari Tertanggung yang dengan sukarela menyampaikan seluruh fakta yang sifat-nya penting, lengkap dan akurat atas suatu risiko yang sedang diminta untuk diasuransikan baik diminta ataupun tidak.

Material facts ialah fakta-fakta yang dapat mempengaruhi penilaian atau pertimbangan seorang Penanggung dalam memutuskan apakah ia bersedia menerima atau menolak pertanggungan yang diminta oleh Tertanggung, serta dalam hal menetapkan besarnya suku premi atas risiko tersebut.

Fakta-fakta yang wajib diungkapkan yaitu:

1. Fakta-fakta yang menunjukkan bahwa risiko yang hendak dipertanggu-ngkan tersebut lebih besar dari biasanya, baik karena dipengaruhi oleh faktor intern maupun faktor esktern dari risiko tersebut.
2. Pengalaman-pengalaman kerugian dan klaim-klaim pada polis-polis lainnya.
3. Fakta-fakta bahwa risiko yang sama pernah ditolak oleh Penanggung lain, atau pernah dikenakan persyaratan yang sangat ketat oleh Penang-gung lain.
4. Fakta-fakta lengkap yang berkenaan dengan pokok pertanggungan secara lengkap.
5. Faktor-faktor yang membatasi atas hak subrogasi.
6. Adanya polis asuransi lain yang sudah dimiliki.

Selain kewajiban Tertanggung dalam mengungkapkan *material facts* seperti di atas, Penanggung pun memiliki kewajiban untuk menjelaskan kepada Tertanggung risiko yang dijamin dan tidak dijamin dalam polis asuransi yang dimiliki oleh Tertanggung tersebut.

Jika ada seseorang yang mengasuransikan dirinya pada asuransi tertentu dengan sebuah jaminan kesehatan, maka si Tertanggung harus dengan jujur menyampaikan fakta yang sebenarnya, seperti jenis penyakit yang dimiliki Tertanggung dan jumlah perawatan yang pernah dijalani.

• • •

Ganti Rugi (*Indemnity*)

Indemnity adalah suatu prinsip yang mengatur mengenai pemberian ganti kerugian. *Indemnity* dapat diartikan sebagai suatu mekanisme di mana Penanggung memberikan ganti rugi finansial dalam suatu upaya menempatkan Tertanggung pada posisi keuangan yang dimiliki pada saat sesaat sebelum kerugian itu terjadi.

Hal ini berarti bahwa Penanggung akan memberikan ganti-rugi sesuai dengan kerugian yang benar-benar diderita Tertanggung, tanpa ditambah atau dipengaruhi unsur-unsur mencari keuntungan.

Nilai Kerugian = Nilai sesaat sebelum kerugian - Nilai sesaat setelah kerugian

Cara Pembayaran Ganti Rugi

Penanggung berhak untuk menentukan cara pelaksanaan pembayaran ganti-rugi kepada Tertanggung. Beberapa cara pelaksanaan pembayaran ganti-rugi, antara lain:

1. *Cash*

   Umumnya merupakan cara pembayaran yang sering digunakan, di mana pembayaran penggantian kerugian dibayarkan secara tunai sesuai dengan jumlah kerugian yang diderita oleh Tertanggung.

2. *Repair*

   Penggantian kerugian secara repair atau perbaikan atas kerusakan objek pertanggungan tersebut sepanjang kerusakan yang terjadi tersebut masih bisa diperbaiki dan besarnya biaya perbaikan tersebut tidak lebih besar dari 75% nilai sebenarnya.

3. *Replacement*

Penggantian kerugian secara penempatan kembali (*replacement*) atas kerugian atau rusaknya barang-barang yang dipertanggungkan, dengan barang baru yang kondisinya tidak lebih baik dari kondisi barang pada saat sebelum kerugian terjadi. Hal ini khusus ditujukan untuk barang-barang yang umumnya dapat dilaksanakan dengan penempatan kembali, contoh: kaca, dimana apabila kerugian terjadi maka kaca-kaca tersebut akan diganti oleh perusahaan kaca atas nama Penanggung.

4. *Reinstatement*

Penggantian kerugian secara pemulihan kembali (*reinstatement*) atas kerugian atau rusaknya barang-barang yang dipertanggungkan, dengan barang baru yang kondisinya tidak lebih baik dari kondisi barang pada saat sesaat sebelum kerugian terjadi dan harus telah diselesaikan dalam batas waktu tidak lebih dari 12 bulan setelah kerugian terjadi. Hal ini khusus ditujukan untuk barang-barang yang umumnya dapat dilaksanakan dengan pemulihan kembali. Metode ini sudah jarang digunakan oleh perusahaan asuransi. Contohnya adalah sebuah rumah dengan tiang penyangga terbuat dari kayu Jepara, maka apabila terjadi kebakaran, pihak asuransi akan membangun kembali rumah tersebut dengan tiang penyangga yang terbuat dari kayu Jepara juga.

Contoh Penerapan Prinsip *Indemnity*

- Adi mengasuransikan mobilnya sejak dibeli dalam keadaan baru. Pada tahun pertama dan kedua, Adi tidak melakukan klaim. Kemudian pada tahun ketiga, mobil tersebut hilang atau mengalami kecelakaan sehingga rusak total. Dalam kejadian itu, Tertanggung tidak bisa menuntut agar diberi ganti rugi mobil baru. Perusahaan asuransi tidak akan memenuhi tuntutan itu sebab mobil sudah dipakai dua tahun sehingga nilainya sudah berkurang akibat penyusutan. Dalam hal ini, perusahaan akan mengganti sesuai dengan nilai sesaat sebelum mobil itu hilang atau rusak total. Sebaliknya, bila pada saat rusak atau hilang, harga mobil naik, sehingga melebihi nilai pertanggungannya, pihak asuransi tidak lantas mengganti sesuai dengan harga saat itu, sebab itu akan memberikan keuntungan kepada Tertanggung, padahal prinsip asuransi adalah

tidak untuk mencari untung. Jadi, ganti rugi yang diberikan paling tinggi sebesar nilai pertanggungan yang tercantum dalam polis.

- Cinta mengasuransikan rumahnya dari kebakaran. Untuk memperkecil premi atau tujuan lain, rumah yang sebenarnya bernilai Rp100.000.000,00 dipertanggungkan dengan harga Rp70.000.000,00 atau 70% dari nilai riilnya. Bila suatu saat terjadi kebakaran yang menghabiskan rumah tersebut, maka Cinta hanya menerima ganti rugi maksimal sebesar Rp70.000.000,00. Sisanya sebesar Rp30.000.000,00 yang diperlukan untuk membangun rumah seperti sedia kala, dianggap tanggung jawab Cinta sendiri. Sebaliknya, bila kebakaran hanya menghabiskan separuh dari rumah tersebut, sehingga kerugian hanya sebesar Rp50.000.000,00 saja, maka asuransi akan menutup 70% dari nilai kerugian (Rp50.000.000,00), yakni Rp35.000.000,00, dan sisanya (Rp15.000.000,00) menjadi beban Tertanggung.

Bagi pemegang polis yang belum memahami prinsip indemnitas, ganti rugi di atas dianggap tidak adil. Tertanggung, karena merasa telah mengasuransikan rumahnya senilai Rp70.000.000,00, menuntut agar perusahaan asuransi memberikan ganti rugi sebesar pertanggungan. Tuntutan itu tentu saja tidak dapat diterima, sebab pada dasarnya Tertanggung hanya mengasuransikan 70% saja dari kerugian yang akan dialaminya. Oleh karena itu, bila terjadi risiko, Tertanggung pun hanya berhak atas 70% dari total.

• • •

Pelimpahan Tanggung Jawab Hukum Kepada Pihak Ketiga (*Subrogation*)

Prinsip subrogasi adalah suatu prinsip yang mengatur dalam hal seorang Penanggung telah menyelesaikan pembayaran ganti-rugi yang diderita oleh Tertanggung, maka secara otomatis hak yang dimiliki Tertanggung untuk menuntut pihak ketiga yang menimbulkan kerugian dan atau kerusakan tersebut beralih ke Penanggung.

Misalnya Tertanggung memperoleh penggantian dari pihak ketiga lalu Penanggung juga memberikan ganti rugi sesuai dengan ketentuan yang dijamin oleh polis, ini berarti ada dua sumber ganti rugi yang dimiliki oleh Tertanggung, yaitu: perusahaan asuransi dan pihak ketiga yang menimbulkan kerugian/ kerusakan tersebut. Jika Tertanggung menerima penggantian dari kedua sumber itu, maka Tertanggung akan menikmati penggantian yang lebih besar dari kerugian yang benar-benar Tertanggung derita, dengan kata lain Tertanggung telah mendapatkan keuntungan dari adanya kerugian tersebut. Untuk mendukung kesesuaian berjalannya prinsip indemnitas, maka diperlukan suatu prinsip lain yang memberi hak untuk mengambil alih hak penggantian dari pihak ketiga yang dimiliki Tertanggung kepada pihak Penanggung yang telah membayar kerugian itu.

CATATAN:

Subrogasi ini berlaku apabila kontrak asuransi yang bersangkutan adalah kontrak *indemnity*. Subrogasi diberlakukan dengan maksud mencegah Tertanggung memperoleh penggantian lebih besar dari ganti rugi penuh. Jika asuransi sudah menggantikan kerugian yang diderita Tertanggung, maka rongsokan mobil yang rusak atau bilamana mobil Tertanggung yang hilang diketemukan kembali akan menjadi hak milik perusahaan asuransi.

PENERAPANNYA:

Mobil X tahun 2000 dipertanggungkan Rp200.000.000,00. Harga pasar mobil tersebut pada saat kejadian Rp200.000.000,00. Terjadi kerugian Rp50.000.000,00 karena ditabrak oleh pihak ketiga maka penggantian kerugian dapat terjadi sebagai berikut :

1. Tertanggung akan menerima ganti rugi dari pihak Penanggung sebesar Rp50.000.000,00, dengan demikian pihak asuransi berhak meminta ganti rugi kepada pihak ketiga.
2. Tertanggung menerima ganti rugi dari pihak ketiga senilai Rp50.000.000,00 dan pihak asuransi tidak memberikan ganti rugi kembali.
3. Tertanggung menerima ganti rugi dari pihak ketiga sebesar Rp20.000.000,00 maka pihak asuransi akan memberikan ganti rugi sisanya sebesar Rp30.000.000,00 kepada Tertanggung.

• • •

Pertanggungan Bersama-Sama (*Contribution*)

Contribution adalah suatu prinsip yang mengatur dalam hal suatu objek pertanggungan, dipertanggungkan pada 2 (dua) atau lebih perusahaan asuransi, maka kerugian yang terjadi akan dikontribusikan pada seluruh perusahaan asuransi yang telah menutup pertanggungan tersebut, sebanding dengan tanggung jawabnya masing-masing dari perusahaan asuransi yang terlibat.

Penerapannya dalam metode ini, kontribusi ganti-rugi masing-masing Penanggung/ polis dihitung menurut formula:

$$\frac{\textit{Nilai pertanggungan Penanggung yang bersangkutan}}{\textit{Total nilai pertanggungan seluruh Penanggung}} \times \textit{Nilai kerugian}$$

Penanggung X	Rp500.000.000,00
Penanggung Y	Rp250.000.000,00
Penanggung Z	Rp750.000.000,00 +
Total	Rp1.500.000.000,00
Kerugian	Rp600.000.000,00

Maka Kontribusi masing-masing adalah sebagai berikut:

$$X = \frac{Rp500.000.000,00}{Rp1.500.000.000,00} \times Rp600.000.000,00 = Rp200.000.000,00$$

$$Y = \frac{Rp250.000.000,00}{Rp1.500.000.000,00} \times Rp600.000.000,00 = Rp100.000.000,00$$

$$Z = \frac{Rp750.000.000,00}{Rp1.500.000.000,00} \times Rp600.000.000,00 = Rp300.000.000,00$$

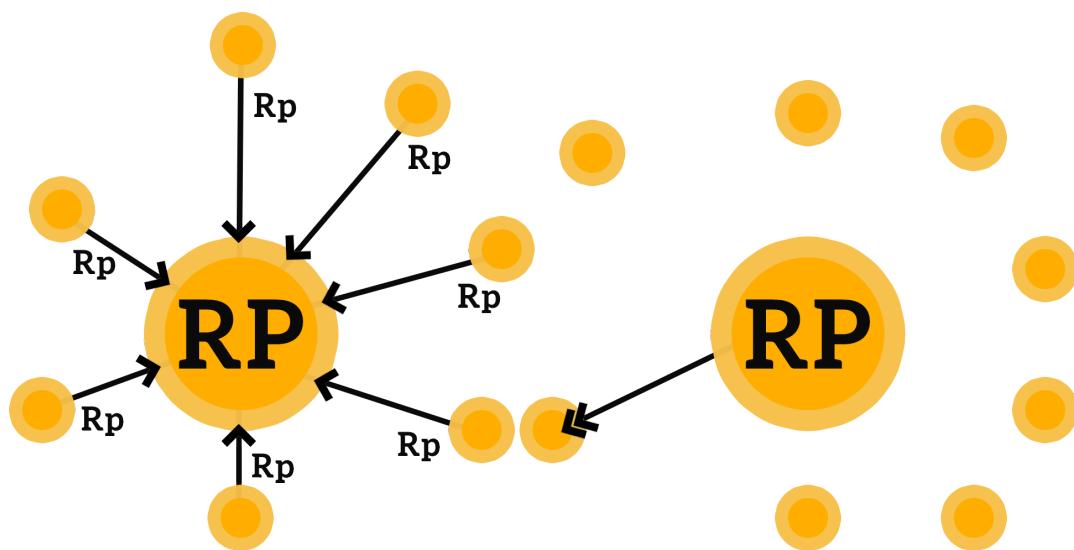
CATATAN:

Jika dalam asuransi umum prinsip kontribusi berlaku, artinya jika ada satu objek yang diasuransikan ke dalam beberapa perusahaan asuransi, maka Tertanggung hanya akan mendapatkan ganti rugi sebesar kerugian yang dibagi rata dengan perusahaan asuransi yang menjaminnya. Namun dalam asuransi jiwa prinsip ini tidak berlaku, jadi jika ada seseorang yang memiliki polis asuransi jiwa lebih dari satu, maka ia akan mendapatkan ganti rugi sebanyak asuransi yang dimilikinya (karena jiwa seseorang tidak dapat ditentukan nilainya).

• • •

Penyebab Utama dan Efektif (*Proximate Cause*)

Proximate Cause adalah suatu penyebab utama yang efektif menimbulkan suatu rantaian kejadian dan menimbulkan suatu akibat, tanpa adanya intervensi suatu kekuatan yang mulai dan secara aktif dari sumber yang baru serta berdiri sendiri (*independent*).

CONTOH PENERAPANNYA:

Andi sedang berburu di hutan Amazon, dia berburu dengan naik kuda. Saat memacu kudanya mengejar hewan buruan, Andi tiba-tiba terkena serangan jantung dan tidak kuasa lagi mengendalikan kudanya dan akhirnya dia jatuh lalu kepalanya mengenai batu besar, dia gegar otak lalu meninggal. Sebab utama dan efektif Andi meninggal adalah serangan jantung bukan karena gegar otak. Andi hanya memiliki asuransi kecelakaan diri yang mengecualikan serangan jantung. Perusahaan asuransi tidak bisa membayar klaim yang diajukan oleh ahli waris Andi.

• • •

Law of Large Number (LLN)

Matematikawan Italia Cardano (1501-1576) menyatakan bahwa akurasi statistik empiris cenderung membaik seiring dengan semakin besarnya jumlah percobaan yang dilakukan. Hal ini kemudian diresmikan sebagai hukum bilangan besar.

Dalam teori probabilitas, hukum bilangan besar adalah teori yang menggambarkan hasil dari melakukan percobaan yang sama dalam jumlah yang besar. Menurut hukum, rata-rata dari hasil yang diperoleh dari sejumlah besar percobaan harus dekat dengan nilai yang diharapkan, dan cenderung menjadi lebih dekat seiring dengan banyaknya uji yang dilakukan. Hukum bilangan besar penting karena "menjamin" hasil jangka panjang yang stabil untuk rata-rata dari beberapa peristiwa acak. Menurut Chartered Insurance Institute, ketika terdapat kondisi risiko yang sama dalam jumlah besar, cenderung semakin menggambarkan jumlah kerugian yang sebenarnya terjadi atas risiko yang sama tersebut. Sehingga dengan menerapkan prinsip LLN, perusahaan asuransi dapat memprediksi besarnya biaya klaim atas suatu risiko dalam satu tahun dan dapat menentukan besarnya premi yang wajar atas risiko tersebut dalam suatu periode tertentu.

Gambar 10 Ilustrasi *Law of Large Number*

Sumber: (CII, (2011), IF1 study text. Insurance, legal and regulatory).

Perusahaan asuransi dalam membuat sebuah produk harus dapat memastikan bahwa produk tersebut akan dibeli oleh masyarakat banyak sehingga premi yang terkumpul cukup untuk membayar apabila terjadi klaim pada salah satu atau beberapa peserta.

Dari mana asuransi memiliki dana untuk membayar klaim? Perusahaan asuransi membayarkan klaim dari dana premi yang terkumpul dari Tertanggung lainnya. Jadi pada prinsipnya premi Tertanggung "yang beruntung" (tidak klaim) akan digunakan untuk membantu (membayar klaim) Tertanggung lain "yang kurang beruntung". Jika hanya terdapat beberapa jumlah Tertanggung, maka mekanisme ini tidak akan berjalan dan tidak akan efisien. Oleh karena itu dalam asuransi dikenal dengan istilah "Hukum Bilangan Besar" yaitu semakin banyak orang yang ikut dalam suatu asuransi maka perusahaan asuransi dapat memperoleh informasi yang akan akurat sehingga dapat memprediksi kemungkinan kerugian yang akan terjadi.

• • •

Ko-Asuransi dan Reasuransi

Pengertian Ko-Asuransi

Co-insurance atau ko-asuransi adalah suatu mekanisme untuk meningkatkan kapasitas market dalam meng-*underwrite* suatu risiko, dimana partisipasi masing-masing perusahaan dibatasi dalam *original policy*. Hal ini dilakukan jika perusahaan asuransi tidak mempunyai *gross capacity* yang cukup untuk menerima risiko Tertanggung. Tertanggung akan mengasuransikan risiko tersebut ke perusahaan asuransi lainnya (lebih dari satu perusahaan asuransi).

Dalam ko-asuransi, *share* dari masing-masing perusahaan asuransi dicantumkan dalam *original policy*. Administrasi serta penerbitan polis biasanya dilakukan oleh *co-insurance leader*. Berbeda dengan kontrak reasuransi, di mana Tertanggung tidak mempunyai hubungan kontraktual dengan reasuradur, pada ko-asuransi Tertanggung mempunyai hubungan kontraktual dengan semua Penanggung yang terlibat dalam penutupan risiko. Dalam hal terjadi klaim, jika ada salah satu member yang belum melakukan pembayaran klaim, maka Tertanggung dapat melakukan tuntutan secara langsung kepada member tersebut (CII, 2011).

Pengertian Reasuransi

Reasuransi atau *reinsurance* adalah mekanisme pengalihan kembali risiko-risiko oleh suatu perusahaan asuransi atau Penanggung atas sebagian atau seluruh risiko yang menjadi tanggungannya kepada perusahaan reasuransi (*reinsurer*) atau Penanggung lainnya.

MANFAAT REASURANSI

1. Meningkatkan kapasitas penerimaan risiko dari suatu perusahaan asuransi.
2. Menjaga stabilitas usaha suatu perusahaan asuransi dengan cara mengalihkan sebagian beban klaim saat terjadi kerugian kepada perusahaan reasuransi.
3. Menciptakan rasa percaya diri dalam menanggung suatu risiko karena beberapa ketidakpastian dapat dihilangkan dengan mekanisme reasuransi.

4. Membantu mengurangi beban keuangan suatu perusahaan asuransi dalam menanggung risiko *catastrophic* yang nilai kerugiannya sangat besar.
5. Sebagai sarana untuk melakukan penyebarluasan risiko yang ditanggung oleh suatu perusahaan asuransi.

Bentuk Reasuransi

REASURANSI PROPORSIONAL

Merupakan bentuk reasuransi dimana pembagian saham atau *share* premi dan beban klaim untuk perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi selalu dalam proporsi yang sama, sebagaimana telah disepakati sebelumnya dan dicantumkan dalam perjanjian kerja sama antar dua pihak terkait. Bentuk reasuransi proporsional digunakan dalam reasuransi yang menggunakan metode *facultative, quota share*, surplus dalam *treaty reinsurance*, dan *facultative obligatory*.

REASURANSI NON-PROPORSIONAL

Merupakan bentuk reasuransi dimana pembagian saham atau *share* premi dan beban klaim untuk perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi tidak dalam proporsi yang sama. Perusahaan asuransi akan menanggung sendiri kerugian dari beban klaim yang menjadi tanggung jawabnya kepada Tertanggung dalam bentuk *first loss insurance* hingga batas jumlah tertentu yang telah disepakati sebelumnya. Perusahaan reasuransi hanya akan ikut menanggung beban klaim jika jumlah klaim melebihi batas yang tercantum dalam perjanjian kerjasama terkait. Bentuk reasuransi non-proporsional digunakan dalam reasuransi yang menggunakan metode *excess of loss* dalam *treaty reinsurance*.

• • •

Metode Reasuransi

TREATY

Treaty adalah suatu perjanjian tertulis antara perusahaan asuransi dengan perusahaan reasuransi di mana perusahaan asuransi secara otomatis akan mereasuransikan atau memberikan sesi atau *session* kepada perusahaan reasuransi, yang secara otomatis akan menerima sesi tersebut selama sesi sesuai dengan syarat dan ketentuan yang tercantum dalam perjanjian terkait. *Treaty* pada umumnya dibuat untuk suatu *portfolio* bisnis tertentu selama periode 12 bulan atau tahunan. *Treaty* Reasuransi dapat dibagi menjadi *Treaty* Proporsional dan *Treaty* Non-Proporsional:

TREATY PROPORSIONAL

1. *Quota Share*, yaitu suatu reasuransi di mana pembagian saham atau share risiko antar perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi terkait ditentukan dalam suatu presentase yang tetap.
2. *Surplus Treaty*, yaitu suatu reasuransi di mana perusahaan reasuransi akan menanggung kelebihan suatu risiko atas risiko sendiri atau own retension dari perusahaan asuransi terkait sesuatu dengan limit dalam kapasitas maksimum treaty yang telah disepakati. Kapasitas maksimum *treaty* dinyatakan dalam *lines*, di mana setiap 1 *lines* merupakan retensi sendiri atau *own retension* dari perusahaan asuransi. Dalam surplus *treaty*, perusahan asuransi memiliki kebebasan untuk menentukan besarnya retensi sendiri atau *own retension* untuk setiap risiko yang disesikan kepada perusahaan reasuransi.

TREATY NON-PROPORSIONAL

1. *Excess of Loss,* yaitu jenis reasuransi di mana perusahaan reasuransi hanya akan terlibat dalam suatu kerugian jika jumlah kerugian melebihi jumlah yang ditahan (*net retention*) oleh perusahaan asuransi (*ceding company*). Maksimum tanggung jawab perusahaan reasuransi pun dibatasi sampai jumlah tertentu yang disebut *Cover Limit*, misalnya Rp300.000.000,00 *excess of* Rp100.000.000,00, berarti :

- *Ceding company underlying retention* (*underlying rentention* perusahaan asuransi) = Rp100.000.000,00
- *Cover limit* perusahaan reasuransi = Rp300.000.000,00

Excess of Loss dijamin dengan sistem *layering*, di mana premi reasuransi ditetapkan berdasarkan tinggi jarak antar *layer*. Semakin tinggi jarak antar *layer* maka semakin kecil kemungkinan klaim dan premi reasuransi yang harus dibayarkan.

Berdasarkan jaminan yang diberikan, *excess of loss* dibagi menjadi dua jenis:

a. *Working Excess of Loss* atau *Risk Excess of Loss*, yaitu reasuransi yang menjamin kerugian yang bersifat individual atas setiap risiko atau *each and every loss*, *each and every risk*.

b. *Catastrophe Excess of Loss* atau *Event Excess of Loss*, yaitu reasuransi yang menjamin kerugian yang bersifat katastropik seperti gempa bumi, yang dapat melibatkan lebih dari satu risiko yang timbul dari kejadian yang sama atau *each and every loss, or series of loss arising out one vent or occurrence*.

2. *Stop Loss atau Excess of Loss Ratio,* yaitu jenis reasuransi di mana dasar penetapan tanggung jawab perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi dinyatakan dalam bentuk persentase perbandingan antara pendapatan premi dengan klaim (*loss ratio*). Hampir sama dengan *Excess of Loss*, namun dengan perbedaan tanggung jawab perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi dinyatakan dalam suatu akumulasi *Loss Ratio*, yaitu perbandingan antara klaim yang terjadi dengan premi yang diterima dalam suatu jangka waktu tertentu. Timbulnya tanggung jawab perusahaan reasuransi dalam perjanjian ini adalah apabila *Loss Ratio* perusahaan asuransi telah melebihi *loss ratio* yang telah ditetapkan sebelumnya.

3. *Aggregate Excess of Loss,* yaitu jenis reasuransi di mana hanya perusahaan asuransi yang menentukan besarnya jumlah seluruh kerugian (*aggregate net retention*) selama satu tahun tertentu (*underwriting year*) yang disebut *underlying retention*. Perusahaan reasuransi akan bertanggung jawab atas kelebihan kerugian atas *underlying retention* perusahaan asuransi terkait. Hampir sama dengan *Stop Loss Treaty*, tetapi total *Underwriting Retention* perusahaan asuransi dan tanggung jawab perusahaan reasuransi dinyatakan dalam suatu jumlah tertentu. Misal *Aggregate Underlying Retention* Rp1 miliar, *Aggregate*

Limit Excess of Loss Rp3 miliar. Artinya perusahaan asuransi akan membayar kerugian sampai dengan Rp1 miliar dan perusahaan reasuransi akan membayar kerugian diatas Rp1 miliar sampai dengan Rp4 miliar. Kerugian di atas Rp4 miliar akan kembali menjadi beban perusahaan asuransi.

• • •

Fakultatif

Fakultatif merupakan suatu perjanjian reasuransi antara perusahaan asuransi untuk bebas menentukan apakah akan mereasuransikan risiko yang ditanggung-nya atau tidak, dan perusahaan reasuransi juga bebas menentukan apakah akan menerima atau menolak risiko yang direasuransikan oleh perusahaan asuransi. Dalam fakultatif, risiko yang akan direasuransikan ditawarkan secara individual (kasus per kasus) kepada perusahaan reasuransi dengan menyampaikan informasi penting, antara lain seluruh fakta-fakta penting (*material fact*) mengenai risiko tersebut, syarat dan kondisi pertanggungan, jumlah retensi perusahaan asuransi terkait, suku premi yang berlaku, dan hal lain yang menurut perusahaan asuransi terkait perlu untuk disampaikan.

• • •

Facultative Obligatory

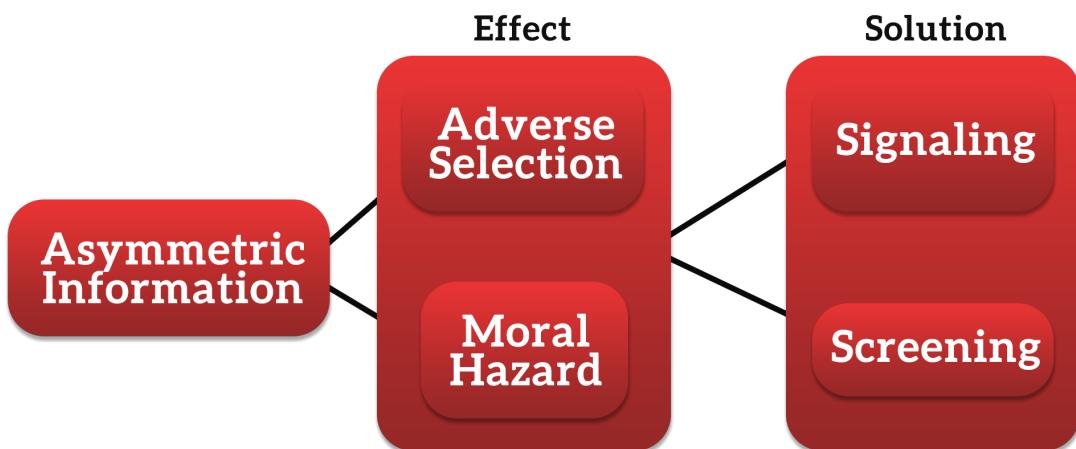
Facultative Obligatory, yaitu perjanjian reasuransi dimana perusahaan asuransi bebas menentukan apakah akan mereasuransikan risiko yang ditanggungnya atau tidak, dan jika direasuransikan maka perusahaan reasuransi wajib menerima bagian risiko yang direasuransikan kepadanya selama hal tersebut memenuhi syarat dan ketentuan yang telah disekapati dalam perjanjian tersebut. Hal ini berarti, untuk setiap reasuransi risiko yang telah memenuhi syarat dan ketentuan perjanjian reasuransi terkait yang masih berlaku, maka secara otomatis perusahaan reasuransi terkait dianggap menerima risiko tersebut tanpa perlu dilakukan konfirmasi kasus per kasus.

• • •

Pool

Pool merupakan perjanjian reasuransi di mana beberapa perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi yang menjadi anggotanya, masing-masing memiliki saham atau *share* dengan jumlah persentase tertentu, baik terkait perhitungan premi yang akan diterima maupun klaim yang harus dibayarkan. Pada umumnya, *pool* dibentuk untuk menanggung risiko-risiko yang sangat berbahaya di mana seluruh anggota wajib mereasuransikan risiko tersebut 100% kepada *pool*. Keuntungan bisnis *pool* akan dibagikan kepada para anggota *pool* secara proporsional. Contoh *pool* untuk risiko pasar adalah konsorsium.

• • •

Asymmetric Information

Asymmetric information adalah situasi yang muncul di saat satu pihak tidak mempunyai pengetahuan tentang pihak lain yang terlibat dalam transaksi sehingga tidak mungkin untuk membuat keputusan yang tepat. Pihak yang biasanya mendapatkan keuntungan adalah yang memiliki informasi yang lebih banyak dan pihak yang dirugikan umumnya yang memiliki lebih sedikit informasi tentang hal tersebut (Mishkin, 2008). Penjual memiliki informasi yang lebih banyak tentang produk dibandingkan pembeli, dan sebaliknya. Contoh di mana penjual memiliki informasi lebih banyak, antara lain: penjual mobil bekas, agen *real estate*, dan agen asuransi jiwa.

Kondisi *asymmetric information* pertama kali dijelaskan oleh Kenneth (1963) dalam satu artikel yang terkenal di bidang penanganan kesehatan yang berjudul *"Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care"*. Akerlof (1970) kemudian menggunakan istilah *asymmetric information* dalam karyanya, *The Market for Lemons* (Pasar Barang "Kacangan"), yang menyatakan bahwa dalam pasar seperti itu, nilai rata-rata dari komoditi cenderung untuk turun, bahkan untuk barang yang tergolong berkualitas bagus.

Penjual merugikan pembeli dengan cara memberi kesan seolah olah barang yang dijualnya bagus, sehingga banyak pembeli yang menghindari hal tersebut dengan menolak untuk melakukan transaksi dalam pasar seperti ini atau menolak mengeluarkan uang besar dalam transaksi tersebut. Sebagai akibatnya, penjual yang benar-benar menjual barang bagus menjadi tidak laku karena hanya dinilai murah oleh pembeli, dan akhirnya pasar akan dipenuhi oleh barang berkualitas buruk (Wikipedia, 2015).

Asymmetric information menciptakan ketidakseimbangan kekuatan dalam bertransaksi, yang dapat menyebabkan terjadinya

transaksi bermasalah bahkan menimbulkan kegagalan pasar dalam kasus terburuk. Contoh dari masalah tersebut antara lain *adverse selection*, *moral hazard*.

Gambar 11 Bagan *Asymmetric Information*

Asymmetric information terdapat dalam asuransi dimana Penanggung tidak mengetahui jenis dan seberapa besar risiko yang akan diterima dari Tertanggung pada awal penutupan asuransi. Hal yang sama juga dialami dari sisi Tertanggung dimana Tertanggung tidak mengetahui secara pasti risiko yang dijamin dan risiko yang tidak dijamin dalam polis asuransi yang dimilikinya. Ketidakseimbangan informasi ini dapat menimbulkan masalah nantinya jika tidak terselesaikan dengan baik pada awal penutupan polis. Salah satu masalah yang timbul antara lain ketika terjadi peristiwa kerugian (ketika klaim terjadi) dimana bisa saja Tertanggung merasa polis yang dimilikinya menjamin seluruh risiko padahal klaim disebabkan oleh risiko yang tidak dijamin. Misalnya risiko cacat semula pada asuransi kendaraan bermotor (cacat yang sudah ada sebelum penutupan polis asuransi berlangsung dan tidak dapat dijamin oleh asuransi).

Adverse Selection dan *Moral Hazard*

Adverse selection dapat diartikan kurangnya informasi yang dimiliki suatu pihak ketika bernegosiasi untuk menyepakati suatu kontrak. Masalah *adverse selection* terjadi ketika agen mempunyai informasi pribadi yang relevan sebelum kontrak disetujui. Dalam kasus ini, seseorang/ satu pihak (*principal*) dapat mengamati tingkah laku orang/ pihak lain (agen) tetapi keputusan optimal dari keputusan tersebut tergantung dari tipe agen, yaitu karakteristik tertentu dari proses produksi yang hanya dimiliki agen, kemudian principal mengetahui bahwa agen dapat menjadi salah satu dari beberapa tipe yang tidak dapat dibedakan (Anindita, 2015).

Masalah *moral hazard* terjadi ketika terdapat asymmetric information pada saat kontrak sudah disetujui. Dalam *moral hazard*, partisipan mempunyai informasi yang sama ketika kontrak dilakukan dan *asymmetric information* muncul setelah kontrak disetujui tetapi *principal* tidak dapat mengamati atau memeriksa tindakan atau usaha dari agen, atau paling tidak principal tidak dapat mengontrol tindakan agen. Umumnya *moral hazard* terjadi apabila satu pihak yang tindakan-tindakannya tidak diamati memengaruhi probabilitas terjadinya kerugian atau besarnya pembayaran nilai ganti rugi.

Contoh *adverse selection* dalam perasuransian adalah keadaan ketika calon Tertanggung yang berisiko tinggi dapat diterima oleh Penanggung (perusahaan asuransi) untuk membeli asuransi karena perusahaan asuransi tidak dapat secara efektif melakukan diskriminasi terhadap mereka, biasanya karena kurangnya informasi tentang risiko individu tertentu, kekuatan hukum, ketentuan undang-undang atau kendala lainnya. Contoh *moral hazard* adalah keadaan ketika orang lebih cenderung berperilaku sengaja melakukan kesalahan setelah memiliki asuransi, baik karena perusahaan asuransi tidak dapat mengamati perilaku ini atau tidak dapat secara efektif membuktikan hal tersebut.

• • •

Hubungan Teori *Asymmetric Information* dengan Asuransi

Asymmetric information pada jasa asuransi adalah keadaan dimana banyak dari masyarakat menyembunyikan informasi yang seharusnya diketahui oleh pihak penyedia jasa asuransi. Hal ini dapat menimbulkan adanya *adverse selection*, yakni individu yang berisiko rendah dapat dikenakan biaya yang tinggi karena diperlakukan sebagai individu yang berisiko tinggi dan sebaiknya individu yang berisiko tinggi bisa diperlakukan sebagai individu yang berisiko rendah.

Adverse selection pada perusahaan asuransi terjadi ketika mereka yang memiliki kemungkinan besar melakukan klaim asuransi membeli asuransi, sementara mereka memiliki kemungkinan klaim kecil tidak membeli asuransi. *Adverse selection* menyebabkan perusahaan asuransi tidak dapat membedakan antara individu berisiko tinggi dan individu berisiko rendah berdasarkan informasi yang tersedia serta berakhir dengan memberikan pilihan yang buruk terhadap calon Tertanggung. Jika perusahaan asuransi dapat memperoleh informasi yang tepat terkait Tertanggung di awal penutupan asuransi, maka perusahaan asuransi dapat mengenakan tarif yang sesuai karakteristik risiko Tertanggung untuk mengimbangi *adverse selection*.

Asymmetric information juga bisa menyebabkan perubahan perilaku setelah suatu kontrak asuransi ditandatangani (*moral hazard*). Sebelum kontrak ditandatangani, kedua belah pihak saling mengetahui tentang karakter dari Tertanggungnya. Tetapi setelah penandatanganan kontrak, pengawasan kurang sempurna sehingga tidak semua perilaku Tertanggung dapat diamati oleh Penanggung. Perilaku yang dulunya baik dapat berubah (dengan sengaja) menjadi "ceroboh" demi mendapatkan keuntungan. Perubahan perilaku (dengan sengaja menjadi ceroboh) setelah kontrak tersebut dikenal sebagai *moral hazard*. *Moral hazard* merupakan tindakan yang diambil secara sengaja, misalnya mengemudikan kendaraan dengan kecepatan tinggi setelah memiliki asuransi kendaraan bermotor.

• • •

Signaling dan *Screening*

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Akerlof pada tahun 1970, pada pasar penjualan mobil "*The Market for Lemons*" diperoleh solusi untuk mengurangi masalah *adverse selection* antara lain dengan metode *signaling* dan *screening*.

Signaling

Michael Spence mengusulkan gagasan *signaling*, yaitu bahwa dalam situasi *asymmetric information*, terdapat kemungkinan bagi setiap orang untuk memberikan *signal* yang menunjukan tipe mereka, sehingga dipercaya dapat memberikan informasi kepada pihak lain dan menyelesaikan asimetri yang ada.

Signaling terjadi ketika salah satu pihak memberitahu tentang informasi pribadi melalui tingkah laku pihak tersebut sebelum persetujuan diresmikan. Setelah satu orang/ pihak (*principal*) mempelajari tipe orang/ pihak lain (agen) sebelum kontrak ditandatangani, agen mengirim sinyal/ tanda yang diamati oleh *principal*. Dengan kata lain, agen mengirim beberapa macam informasi yang mempengaruhi kepercayaan principal tentang identitas agen. Ide *signaling* pada awalnya dipelajari dalam konteks mencari pekerjaan. Seorang atasan tertarik dalam mempekerjakan karyawan baru yang "terampil dalam belajar". Tentu saja semua calon karyawan akan mengaku "terampil belajar", tetapi hanya mereka sendiri yang tahu jika mereka benar-benar terampil atau tidak. Ini adalah contoh *asymmetric information*.

Sebagai contoh, Spence mengusulkan bahwa kuliah dapat berfungsi sebagai sinyal yang terpercaya dalam menunjukan kemampuan untuk belajar. Dengan asumsi bahwa orang-orang yang terampil dalam pembelajaran dapat menyelesaikan kuliah lebih mudah daripada orang yang tidak terampil, maka dengan menyelesaikan perguruan tinggi orang-orang memberikan sinyal keahlian mereka dalam belajar kepada calon atasan, tidak peduli seberapa banyak atau sedikit mereka mungkin telah belajar di perguruan tinggi atau apa yang mereka pelajari dalam menyelesaikan perkuliahan mereka.

Contoh *signaling* dalam perasuransian adalah informasi yang terdapat pada Surat Permintaan Penutupan Asuransi (SPPA), antara lain: letak objek pertanggungan, penggunaan objek pertanggungan/ lokasi (okupasi), dan tipe

konstruksi bangunan (*construction class*) yang berfungsi sebagai sinyal terpercaya dalam menunjukan tingkatan risiko kebakaran pada suatu properti. Signal ini dapat memberikan gambaran kepada Penanggung (perusahaan asuransi) atas risiko yang dimiliki oleh Tertanggung pada properti yang akan diasuransikan.

Screening

Stiglitz (1976) merintis teori *screening*, di mana dengan cara ini pihak yang kekurangan informasi dapat mempengaruhi pihak lain untuk mengungkapkan informasi mereka. Pihak yang kekurangan informasi dapat menyediakan menu pilihan sedemikian rupa, di mana pilihan yang disediakan tergantung pada informasi pribadi yang dimiliki oleh pihak lainnya.

Contoh situasi di mana penjual biasanya memiliki informasi yang lebih baik daripada pembeli antara lain tenaga penjualan mobil bekas, pialang hipotek, pialang saham dan agen *real estate*. Contoh situasi di mana pembeli biasanya memiliki informasi yang lebih baik daripada penjual meliputi penjual asuransi jiwa atau penjual karya seni lama tanpa adanya penilaian dari profesional sebelumnya. Situasi ini pertama kali dijelaskan oleh Kenneth (1963).

Akerlof (1970) menjelaskan bahwa dalam pasar seperti itu, nilai rata-rata dari komoditas cenderung turun, bahkan bagi mereka yang berkualitas sangat baik. Karena *asymmetric information*, penjual yang tidak bermoral dapat menipu pembeli. Akibatnya, banyak orang tidak bersedia mengambil risiko dan menghindari jenis pembelian tertentu, atau tidak akan menghabiskan banyak untuk item tertentu. Hal ini dapat membuat pasar yang ada menjadi punah.

Screening pada perusahaan asuransi diterapkan antara lain:

1. Proses pengisian Surat Permohonan Penutupan Asuransi (SPPA) oleh calon Tertanggung;
2. Proses survei dalam penutupan asuransi;
3. Penerapan prinsip *Utmost Good Faith* yang mengharuskan Tertanggung untuk mengungkapkan fakta-fakta “*material fact*” untuk menjadi dasar perusahaan asuransi melakukan penilaian atas risiko tertentu; serta

4. Kewajiban Penanggung untuk menginformasikan kepada Tertanggung mengenai risiko-risiko yang dapat dijamin dan tidak dijamin oleh polis yang dimiliki Tertanggung.

Dengan adanya *screening* dan *signaling* pada asuransi, diharapkan pihak Tertanggung dapat menyampaikan informasi yang dibutuhkan oleh Penanggung atau sebaliknya, sehingga keseimbangan informasi, baik pada tahap penutupan maupun pada saat terjadi klaim dapat tercapai.

• • •

Agency Theory

Sejarah Teori Keagenan

Pada mulanya, teori *agency* ini dilatarbelakangi oleh mazhab neoklasik dari Adam Smith. Smith (1776) mengatakan bahwa “manajer perusahaan yang bukan pemilik sepenuhnya perusahaan, tidak dapat diharapkan berkinerja baik sesuai pemilik lainya”. Dengan demikian, kinerja dari seorang manajer perusahaan perlu diawasi karena pada dasarnya sifat manusia yang tidak optimal dalam mengelola sesuatu yang bukan miliknya dapat membuat kerugian tertentu untuk pemilik perusahaan. Selanjutnya, karena munculnya suatu masalah antara pemilik perusahaan, dalam hal ini investor, dengan manajer perusahaan, maka pada tahun 1973 agency problem dikemukakan oleh Spence dan Zeckhauser (1971) dan Ross (1973), yaitu “*Agency Theory* bermula dari adanya dilema tentang *incomplete information* dalam kontrak industri asuransi”.

Teori-teori yang lebih dulu berkembang ini belum sepenuhnya bisa menjawab beberapa masalah dalam hubungan antara manajer dan investor, seperti adanya informasi yang tidak lengkap yang diterima oleh seorang investor dari manajer perusahaannya. Dengan demikian, berkembanglah teori *agency* yang dikemukakan Jensen dan Meckling (1976). Teori tersebut menjelaskan hubungan keagenan, di mana “Hubungan keagenan merupakan suatu kontrak

dimana satu atau lebih orang (prinsipal) memerintah orang lain (agen) untuk melakukan suatu jasa atas nama prinsipal serta memberi wewenang kepada agen membuat keputusan yang terbaik bagi prinsipal" (Jensen dan Meckling,1976). Jadi, manajer merupakan seorang agen yang bekerja mengatasnamakan prinsipal dalam melakukan kegiatannya. Manajer merupakan seseorang yang diberi kepercayaan untuk mengelola perusahaan milik investor. Wewenang manajer diberikan oleh prinsipal dalam hal pengelolaan perusahaannya, oleh sebab itu seharusnya seorang manajer bekerja atas kepentingan prinsipal. Namun, pada kenyataanya sering terjadi miskomunikasi antara manajer dan perusahaan karena ketidakselarasanya tujuan dan motif masing-masing pihak.

• • •

Perkembangan Teori Keagenan

Teori keagenan muncul pada tahun 1976 oleh Jensen dan Meckling yang membahas hubungan prinsipal dengan manajer perusahaan. Pada teori ini ditekankan kembali bahwa seorang manajer bukan merupakan pemilik perusahaan, melainkan hanya agen yang diberi wewenang oleh investor untuk mengelola perusahaannya. Pada dasarnya sifat manusiawi yang mementingkan diri sendiri merupakan penyebab utama dalam munculnya teori keagenan ini.

Dalam sebuah kutipan disebutkan bahwa "manajemen perusahaan sebagai *Agents* bagi para pemegang saham, akan bertindak dengan penuh kesadaran bagi kepentingannya sendiri, bukan sebagai pihak yang arif dan bijaksana serta adil terhadap pemegang saham sebagaimana diasumsikan dalam *stewardship model* (Jensen dan Meckling, 1976).

Stewardship model menyebutkan teori *stewardship* adalah teori yang menggambarkan situasi dimana para manajer tidak termotivasi oleh tujuan-tujuan individu, tetapi lebih ditujukan pada sasaran hasil utama mereka untuk kepentingan organisasi (Donaldson dan Davis, 1991). Teori ini menjelaskan bahwa pada prinsipnya seorang manajer tidak mungkin mendahulukan kepentingan pribadinya dalam memaksimalkan utilitas pribadi manajer. Dengan demikian, manajer mempunyai tujuan untuk kepentingan organisasi atau perusahaan yang dikembangkannya. Model *stewardship theory* ini sangat

berkebalikan dengan model *agency theory* yang secara bersama-sama memfokuskan pada perilaku manajer.

Terdapat tiga asumsi sifat dasar manusia guna menjelaskan teori agensi yaitu: (Eisenhardt, 1989)

1. Manusia pada umumnya mementingkan diri sendiri (*self interest*).
2. Manusia memiliki daya pikir terbatas mengenai persepsi masa mendatang (*bounded rationality*).
3. Manusia selalu menghindari risiko (*risk averse*).

Sifat dasar manusia ini menimbulkan beberapa masalah dalam operasi perusahaan yang dapat terjadi jika manajer menutup-nutupi informasi kepada investor, atau kinerja manajer yang tidak transparan karena kecenderungan ingin mendapatkan kepuasan maksimum, baik dari segi keuangan maupun risiko yang mungkin akan dihadapi di masa depan, menyebabkan adanya *asymmetric information*. *Asymetric information* ini dapat digunakan oleh manajer untuk memberikan kepuasan maksimum bagi si manajer dan dapat merugikan investor dengan informasi-informasi palsu.

Dalam kontrak kerja antara seorang manajer, yang merupakan agen dari pemilik perusahaan yaitu investor, sering terjadi *asymmetric information* karena *self interest* seorang manajer. Seorang manajer cenderung akan memuaskan dirinya sendiri terlebih dahulu dengan tidak mempertimbangkan konsekuensi dari tindakan yang dia lakukan terhadap kepentingan investor maupun perusahaan. Hal terpenting bagi manajer adalah bagaimana menghasilkan keuntungan yang maksimal untuk memenuhi kepuasan pribadinya. Karena di sisi lain investor juga menginginkan banyak keuntungan yang harus dia peroleh dari hak klaimnya terhadap biaya yang dia keluarkan untuk mendanai perusahaannya, maka investor menuntut kinerja manajer yang optimal untuk menghasilkan dividen yang besar bagi investor. Untuk itu, investor harus memberikan biaya atau harga terhadap kinerja manajer agar manajer dapat searah dengan tujuan investor dan menjalin kerja sama yang harmonis dengan keselarasan tujuan antara kedua belah pihak, yang disebut *cost agency*.

Cost agency muncul ketika investor harus membiayai proses monitoring agen agar tetap selaras dengan tujuan investor. *Cost agency* tidak dapat dihindari

dalam perusahaan manapun, namun *cost agency* ini dapat diminimalisirkan dengan beberapa cara, yaitu:

1. Adanya kepemilikan saham oleh pihak manajemen

   Jika manajer memiliki sebagian saham dalam perusahaan tersebut maka manajer tersebut bukan hanya seorang agen yang menjalankan perintah investor, namun juga sebagai pemilik perusahaan tersebut karena manajer telah memiliki hak klaim atas laba perusahaan berupa dividen. Dengan demikian maka kinerja manajer akan meningkat dengan tujuan maksimum utilitas untuk investasinya. Imbasnya, investor lainya juga akan merasakan dampak kenaikan kinerja manajer yang berorientasi pada laba perusahaan yang besar untuk dibagikan kepada para investor.

2. Kepemilikan institusional

   Jensen dan Meckling menyatakan bahwa "Kepemilikan institusional memiliki peranan yang sangat penting dalam meminimalisasi konflik keagenan yang terjadi antara manajer dan pemegang saham" (Muyassaroh, 2008). Apabila suatu perusahaan merupakan milik sebuah lembaga atau institusional, maka pengawasan dan *controling* pekerjaan manajer akan menjadi sangat ketat. Lembaga tersebut contohnya perusahaan asuransi, pegadaian, dan bank. Kinerja agen dan prinsipal dapat dikatakan telah selaras apabila *cost agency* yang dikeluarkan minimum dan terdapat keseimbangan dalam memaksimalisasi utilitas antara agen dan prinsipal (Pasoloran dan Rahman, 2001).

• • •

Teori Agensi dalam Asuransi

Menurut Pasal 1 ayat 28 Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, agen asuransi adalah orang yang bekerja sendiri atau bekerja pada badan usaha, yang bertindak untuk dan atas nama perusahaan asuransi atau perusahaan asuransi syariah dan memenuhi persyaratan untuk mewakili perusahaan asuransi atau perusahaan asuransi syariah, memasarkan produk asuransi atau produk asuransi syariah.

Agen asuransi merupakan pekerja yang ditugaskan untuk memasarkan dan menawarkan produk jasa asuransi ke para calon pemegang polis. Agen asuransi sering dikatakan sebagai pedagang janji, karena produk jualnya hanya sebatas omongan tanpa adanya barang. Peran agen dalam perusahaan adalah pekerja yang langsung mendatangi ataupun didatangi oleh pelanggan yang menjadi wajah utama dari perusahaan untuk memasarkan produknya. Citra awal perusahaan bergantung pada bagaimana para agen memberikan pelayanan kepada para pelanggan agar menarik pelanggan sebanyak-banyaknya dan menghasilkan keuntungan sebesar-besarnya bagi perusahaan.

Oleh sebab itu, para agen harus diberi upah yang setara dengan kinerja dan keberadaan mereka yang sangat berperan aktif mengembangkan perusahaan. Maka tidak heran bila para agen menuntut upah lebih atau *reward* setiap kali mereka mencapai target ataupun melebihi target yang ditentukan perusahaan. Manajer seharusnya dapat bersifat lebih transparan, memiliki kredibilitas dan profesionalisme yang tinggi agar tetap dapat mempertahankan jabatannya serta mendapatkan utilitas yang maksimum tanpa merugikan pihak manapun.

• • •

Credibility Theory

Sejarah Teori Kredibilitas

"Teori kredibilitas pertama kali dikembangkan oleh Mowbray pada tahun 1914 yaitu pendekatan fluktuasi terbatas. Kemudian Perrymen pada tahun 1932 mengembangkan pendekatan fluktuasi terbatas ke dalam masalah teori kredibilitas parsial. Teori kredibilitas fluktuasi terbatas dikembangkan lagi secara lebih modern oleh Longley-Cook pada tahun 1962 dan Hossack, Pollard dan

Zehnwirt pada tahun 1983 ke dalam masalah kredibilitas penuh maupun kredibilitas parsial. Buhlmann pada tahun 1960 mengembangkan teori kredibilitas pendekatan Buhlman. Buhlmann dan Straub pada tahun 1972 mengembangkan teori kredibilitas pendekatan Buhlmann dan Straub” (Satyahadewi, 2013).

Sejarah perkembangan Teori Kredibilitas dimulai sejak tahun 1914 dan dikemukakan oleh Mowbray. Model pertama ini adalah pendekatan fluktuasi terbatas. Buhlmann baru muncul pada tahun 1960. Model yang dikemukakan olehnya adalah model klasik atau pendekatan kredibilitas fluktuasi terbatas yang masih sangat sederhana, yaitu hanya terbatas pada beberapa asumsi dan beberapa di antaranya tidak dapat mengatasi perubahan yang terjadi dalam suatu kelompok.

Melihat keterbatasan tersebut, pada tahun 1972, model teori ini diperbaiki kembali oleh Buhlmann bekerja sama dengan Straub. Model ini mengalami beberapa kemajuan dari model pertama, namun kelemahan model kredibilitas ini adalah tidak memperhatikan variabel inflasi, sehingga model ini tidak dapat digunakan dalam kondisi perekonomian yang sedang mengalami inflasi. Padahal dalam kondisi sebenarnya, dalam menentukan premi pada masa tertentu seorang aktuaris juga harus melihat kondisi perekonomian yang salah satunya tercermin pada inflasi di masa itu. Setelah melihat kelemahan dari model teori Buhlmann-Straub, pada tahun 1975 Hachemeister memperluas analisis teori tersebut dengan memperkenalkan sebuah teknik analisis regresi yang bisa digunakan dalam kondisi perekonomian yang sedang mengalami inflasi.

Pengertian

“Teori kredibilitas merupakan proses pembuatan tarif oleh aktuaris untuk melakukan penyesuaian premi di masa depan menurut pengalaman masa lampau” (Natalia, 2007). Teori kredibilitas adalah teori dalam dunia perasuransian yang berfungsi untuk mengestimasi nilai premi bersih dari pemegang polis. Estimasi tersebut dilakukan dengan cara mengevaluasi, menggabungkan, dan melakukan penghitungan pada data pengalaman klaim yang telah terjadi di masa lalu. Nilai estimasi yang didapatkan melalui teknik analisis model ini disebut sebagai taksiran kredibilitas.

• • •

> *"The calculation of Z. First, the classical credibility model also referred to as limited fluctuation credibility because it attempts to limit the effect that random fluctuations in the observations will have on the estimates. Next Buhlmann credibility. This model is also referred to as least squares credibility. The goal with this approach is the minimization of the square of the error between the estimate and the true expected value of the quantity being estimated. Credibility theory depends upon having prior or collateral information that can be weighted with current observations. Another approach to combining current observations with prior information to produce a better estimate is Bayesian analysis"*
> – (Dean dan Mahler, 2006)

Dalam menentukan faktor kredibilitas (Z), Dean and Mahler (2006) mendefinisikan terdapat tiga pendekatan yang dapat digunakan, yaitu:

1. Metode kredibilitas klasik atau pendekatan kredibilitas fluktuasi terbatas (*limited fluctuation credibility approach*). Pendekatan ini mencoba untuk membatasi risiko fluktuasi random dari observasi-observasi yang akan diduga. Metode kredibilitas klasik merupakan suatu estimasi pendekatan kredibilitas yang memiliki faktor kredibilitas sama dengan satu (z = 1) jika pengamatan yang dilakukan oleh aktuaris cukup besar.
2. Metode analisis Bayesian merupakan teknik pendekatan yang dilakukan dengan cara menggabungkan observasi-observasi yang ditentukan dengan informasi awal untuk mendapatkan hasil pengamatan terbaik.
3. Metode keakuratan terbesar (*greatest accuracy credibility approach*). Pendekatan ini adalah pendekatan yang meminimumkan kuadrat sesatan antara perkiraan dan nilai harapan dari kuantitas yang akan diduga. Terdapat dua model pada metode ini, yaitu model Buhlmann dan model Buhlmann-Straub.

Teori Kredibilitas dalam Asuransi

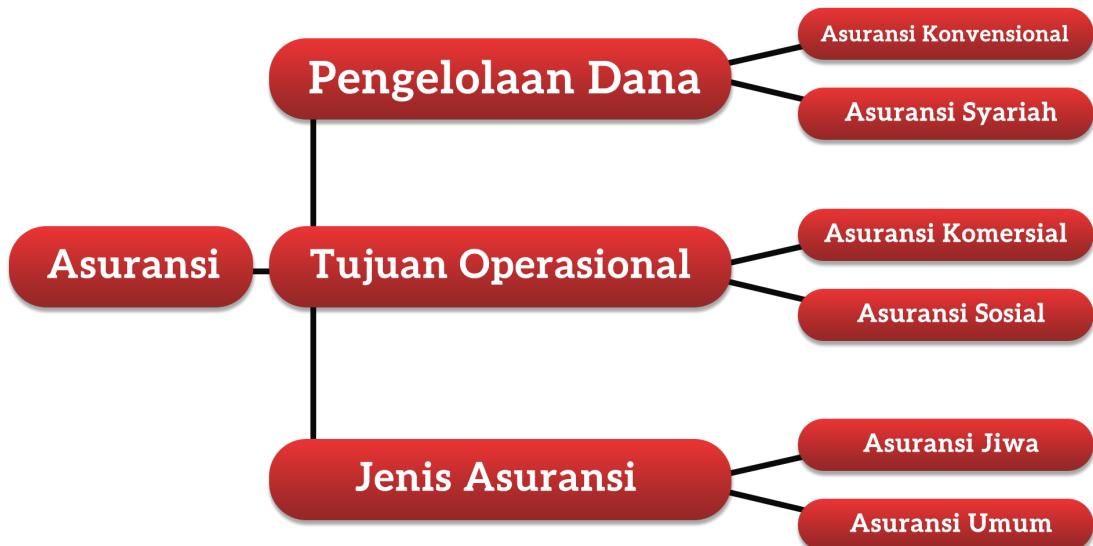
Dalam asuransi, terjadi sebuah kesepakatan yang dibuat antara beberapa pihak, yakni pihak yang memiliki posisi sebagai Tertanggung atau dalam kata lain disebut sebagai penyalur risiko, yang mengikatkan diri kepada pihak Penanggung atau pihak yang menerima risiko yang dapat dialami kapan saja akibat kejadian yang tidak dapat diprediksikan oleh semua pihak.

> *Perusahaan asuransi perlu menetapkan "harga" atas risiko yang akan ditanggungnya sebagai premi yang dibayarkan oleh pihak yang dihadapkan pada risiko tersebut. Proses ini dalam dunia perasuransian yang disebut dengan pricing. Tujuan pricing dari suatu perusahaan asuransi adalah menentukan tingkat premi sesuai dengan tingkat risiko yang dihadapinya.* – (Melati, Sudarwanto, dan Arafıyah, 2013)

Dalam menjalani bisnis di bidang yang didominasi oleh ketidakpastian, perusahaan asuransi menetapkan sebuah "harga" atas risiko yang dapat ditanggungnya kapan saja sebagai langkah antisipasi agar tidak mengalami kerugian. Harga tersebut dibayarkan oleh pihak Tertanggung secara berkala. Harga atas risiko tersebut disebut "premi".

> *Premi dalam perasuransian adalah pembayaran dari pihak Tertanggung kepada pihak Penanggung sebagai imbalan jasa atas pengalihan risiko kepada Penanggung yang besarnya sekian persen dari nilai pertanggungan* – (Djojosoedarso, 1999)

Dapat dikatakan bahwa premi merupakan sumber pendapatan atau imbalan bagi perusahaan asuransi. Premi tersebut merupakan sumber dana utama yang digunakan untuk operasional bisnisnya. Pada setiap periodenya, perusahaan asuransi harus menentukan besaran premi yang layak dan tepat untuk dikenakan terhadap pengguna jasanya. Hal ini dapat dilakukan salah satunya dengan melihat klaim yang telah terjadi di masa lampau. Salah satu teknik estimasi nilai premi ini adalah dengan menggunakan teori kredibilitas. Pada intinya, teori ini melihat apakah pengalaman klaim masa lalu masih cukup kredibel atau tidak untuk diterapkan di masa berikutnya.

• • •

BAB 4

KLASIFIKASI ASURANSI

Tujuan Pembahasan:

1. Memperkenalkan klasifikasi asuransi berdasarkan pengelolaan dana, tujuan operasional dan jenis produknya kepada pembaca.
2. Memberikan informasi kepada pembaca mengenai pengertian asuransi sosial dan contoh asuransi sosial yang ada di Indonesia.

Umumnya masyarakat sulit untuk membedakan produk asuransi dan jenis asuransi. Oleh karena itu pengenalan atas klasifikasi asuransi sangat dibutuhkan sehingga masyarakat dapat memiliki pemahaman yang tepat akan hal tersebut. Terdapat beraneka ragam asuransi, dimana klasifikasi tersebut dapat dilakukan berdasarkan pengelolaan dana, tujuan operasional dan jenis asuransi. Klasifikasi tersebut dapat digambarkan pada bagan berikut:

Gambar 12 Bagan Klasifikasi Asuransi

• • •

Berdasarkan Pengelolaan Dana

Ditinjau dari pengelolaan dananya, asuransi dibedakan menjadi 2 golongan, yaitu: asuransi konvensional dan asuransi syariah. Menurut Dewan Syariah Nasional MUI, asuransi syariah (*ta'min*, *takaful* atau *tadhamun*) adalah usaha untuk saling melindungi dan tolong-menolong di antara sejumlah orang/ pihak melalui dana investasi dalam bentuk aset atau *tabarru'* yang memberikan pola pengembalian untuk menghadapi risiko tertentu melalui *akad* (perikatan) yang sesuai dengan syariah. Akad sesuai dengan syariah adalah perjanjian yang tidak mengandung *gharar* (ketidakjelasan), *maysir* (perjudian), *riba* (bunga), *zhulum* (penganiayaan), *risywah* (suap), barang haram, dan perbuatan maksiat.

• • •

Berdasarkan Tujuan Operasional

Ditinjau dari tujuan operasionalnya, asuransi dibedakan menjadi dua golongan, yaitu:

1. Asuransi komersial, yaitu asuransi yang bertujuan memperoleh keuntungan bagi pemegang saham. Asuransi jenis ini dilakukan oleh perusahaan asuransi swasta nasional, perusahaan swasta kerja sama antara nasional dan luar negeri (*joint venture*) ataupun perusahaan negara (BUMN). Perusahaan ini dapat menganut prinsip konvensional atau prinsip syariah.
2. Asuransi sosial, merupakan asuransi yang menyediakan jaminan sosial bagi anggota masyarakat yang dibentuk oleh pemerintah bedasarkan peraturan-peraturan yang mengatur hubungan antara pihak asuransi dengan seluruh golongan masyarakat. Tujuan asuransi sosial meningkatkan kesejahteraan masyarakat, terutama para pegawai dan pensiunan.

Beberapa asuransi sosial yang ada di Indonesia saat ini adalah sebagai berikut:

1. Tabungan dan Asuransi Pengawai Negeri (TASPEN)

   TASPEN didirikan untuk memberikan jaminan pensiun, sekaligus asuransi kematian. Program ini diperluas dengan pensiuan hari tua, ahli waris, dan cacat untuk pegawai negeri sipil.

2. Asuransi Kecelakaan Lalu Lintas

   Asuransi sosial untuk risiko kecelakaan lalu lintas diselenggarakan oleh PT Asuransi Jasa Raharja. Perusahaan BUMN ini memberikan santunan asuransi kecelakaan penumpang kepada para korban atau ahli waris korban yang bersangkutan. Santunan diberikan dalam bentuk biaya ganti rugi untuk perawatan medis, santunan cacat, atau santunan kematian. Pembiayaan asuransi kecelakaan bersumber dari iuran wajib melalui pengusaha atau pemilik angkutan umum.

3. Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI)

   PT ASABRI merupakan perusahaan BUMN yang didirikan dengan tujuan memberikan perlidungan bagi prajurit ABRI terhadap risiko berkurang atau hilangnya penghasilan karena hari tua, putusnya hubungan kerja atau meninggal dunia. Santunan asuransi dibayarkan kepada peserta yang berhenti karena pensiun. Jika peserta meninggal dunia, maka ahli warisnya akan menerima santunan risiko kematian ditambah dengan nilai santunan nilai tunai asuransi dan biaya pemakaman.

4. BPJS Kesehatan

   BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan bertujuan memberikan pemeliharaan dan pelayanan kesehatan yang optimal bagi penduduk. BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014 yang merupakan peleburan dari Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri yang diselenggarakan oleh PT ASKES.

5. BPJS Ketenagakerjaan

   BPJS Ketenagakerjaan merupakan program publik yang memberikan perlindungan bagi tenaga kerja untuk mengatasi risiko sosial ekonomi tertentu dan penyelenggaraannya menggunakan mekanisme asuransi sosial. BPJS Ketenagakerjaan sebelumnya bernama Jamsostek (jaminan sosial tenaga kerja), yang dikelola oleh PT. Jamsostek (Persero), namun sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Jamsostek berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan sejak tanggal 1 Januari 2014.

Berdasarkan Jenis Asuransi

Ditinjau dari Jenisnya, asuransi dibedakan menjadi 2 golongan, yaitu:

1. Asuransi jiwa, merupakan asuransi dengan objek pertanggungannya berupa orang, dan yang dipertanggungkan adalah kehidupan seseorang. Selain jiwa, jaminan dapat diperluas dengan kesehatan serta kecelakaan. Asuransi ini memberikan jaminan perlindungan dalam bentuk pengalihan risiko keuangan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. Asuransi jiwa bertujuan menanggung kerugian finansial tak terduga dikarenakan meninggalnya seseorang terlalu cepat atau hidupnya terlalu lama. Jaminan ini bisa diberikan apabila seseorang meninggal sebelum waktunya atau dengan tiba-tiba. Dengan adanya jaminan tersebut, hidup anaknya tidak akan terlantar. Jaminan ini juga bisa diberikan apabila seseorang telah mencapai umur ketuaannya dan tidak mampu mencari nafkah atau membiayai anak-anaknya. Untuk itulah mereka membeli asuransi jiwa. Jadi, risiko yang mungkin diderita, dalam arti kehilangan kesempatan untuk mendapat penghasilan, akan ditanggung oleh perusahaan asuransi.
2. Asuransi umum, memberikan jaminan terhadap kerugian yang terjadi pada harta benda, baik harta benda yang bergerak maupun yang tidak bergerak, serta memberikan jaminan tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mengalami kerugian. Asuransi umum memiliki banyak varian produk, antara lain: asuransi kebakaran, kendaraan bermotor, pengangkutan, perjalanan, rangka kapal, perkebunan, pertanian, pesawat terbang, satelit, tanggung jawab hukum pihak ketiga, mesin dan berbagai risiko kerugian aset lainnya. Sebagaimana halnya asuransi jiwa, asuransi umum juga memiliki produk yang memberikan perlindungan atas kesehatan dan kecelakaan diri.

• • •

BAB 5

PRODUK ASURANSI DAN SIMULASI PERHITUNGAN PREMI SERTA KLAIM

Tujuan Pembahasan:

1. Memberikan penjelasan kepada pembaca atas karakteristik produk-produk yang dimiliki asuransi umum dan jiwa termasuk hal yang dijamin serta tidak dijamin oleh produk tersebut.
2. Memperkenalkan kepada pembaca cara perhitungan pembayaran premi dan klaim.

Asuransi Umum

Produk-Produk Asuransi Umum

Asuransi Pengangkutan/ *Marine Cargo Insurance*

Suatu asuransi atau pertanggungan yang memberikan penggantian kerugian finansial yang diderita oleh pemilik barang atau pihak lain yang bersangkutan dengan pengangkutan, sebagai akibat kerugian atau kerusakan yang terjadi pada kapal, barang muatan, atau ongkos tambang dan lain-lain yang dipertanggungkan, yang ditimbulkan oleh bahaya-bahaya laut, udara, dan darat atau risiko yang dijamin dalam perjanjian tersebut. Kerugian finansial yang timbul mungkin juga sebagai akibat adanya tuntutan dari pihak lain yang dirugikan olehnya (tanggung jawab menurut hukum terhadap pihak ketiga).

Hal-hal yang menjadi pertimbangan dalam menentukan premi asuransi *marine cargo*:

1. Jenis barang (*Nature of Cargo*)
2. Alat angkut/ kapal (*Transportation*)
3. Rute pengiriman barang (*Voyage*)
4. Kondisi asuransi (*Insurance Condition*)
5. Harga barang (*Insured Value*)
6. Harga pertanggungan (*Sum Insured*)
7. Penempatan di kapal (*Stowage*)
8. Pengemasan (*Packing*)

Terdapat beberapa tipe polis standar asuransi pengangkutan dengan cakupan perlindungan yang berbeda-beda, antara lain:

1. *Institute Cargo Clauses* "C"/ ICC-C

Asuransi ini menjamin kerugian atau kerusakan pada objek yang diasuransikan yang secara wajar disebabkan oleh:

a. Kebakaran atau ledakan;
b. Kapal kandas/ karam/ tenggelam/ terbalik;
c. Alat angkut darat terbalik/ keluar dari rel;
d. Tabrakan kapal;
e. Pembongkaran kapal di pelabuhan darurat;
f. Pengorbanan kerugian umum (*general average*); dan
g. Pembuangan barang ke laut untuk penyelamatan (*jettison*).

2. *Institute Cargo Clauses* "B"/ ICC-B

Asuransi ini menjamin kerugian atau kerusakan pada objek yang diasuransikan yang secara wajar disebabkan Jaminan ICC "C"ditambah dengan:

a. Gempa bumi/ letusan gunung berapi/ petir;
b. Tersapu barang ke laut karena ombak (*washing overboard*);
c. Masuknya air laut ke dalam kapal/ alat angkut lainnya (*water damage*); dan
d. Kerugian total per-koli hilang/ terlempar/ jatuh selama dimuat/ dibongkar (*loading and unloading*).

3. *Institute Cargo Clauses* "A"/ ICC-A

Asuransi ini menjamin segala kerugian atau kerusakan (*all risk*) pada objek yang diasuransikan kecuali terhadap risiko yang dikecualikan.

4. *Land and Air Transit Clause* (DAI) *Cover* A

Pertanggungan ini memberi ganti rugi kepada Tertanggung terhadap kehilangan atau kerusakan pada barang yang dipertanggung yang disebabkan oleh salah satu kerugian yang dipersyaratkan sebagai berikut:

a. Kebakaran;
b. Kecelakaan pesawat udara;
c. Alat angkut darat terbalik/ keluar dari rel;
d. Tabrakan antara alat angkut darat;
e. Banjir; dan
f. Tenggelamnya Feri

5. *Land and Air Transit Clause* (DAI) *Cover* B

Pertanggungan ini menjamin semua risiko atas kerugian atau kerusakan barang yang dipertanggungkan dan klaim yang dijamin akan dapat dibayar tanpa mengacu pada persentase.

Terdapat beberapa kondisi yang dikecualikan pada asuransi pengangkutan, antara lain:

1. Jaminan pada *Institute Cargo Clause* mengecualikan beberapa hal berikut:
    a. Kerusakan akibat perbuatan yang disengaja oleh Tertanggung;
    b. Kebocoran yang wajar;
    c. Tidak sesuainya pembungkus (*packing*);
    d. Kerusakan akibat sifat alami barang;
    e. Kerugian karena keterlambatan;
    f. Kerugian karena kegagalan finansial operator kapal;
    g. Penghancuran yang disengaja pada objek pertanggungan; dan
    h. Kerugian karena penggunaan senjata perang.

2. Jaminan pada *Land and Air Transit Clause* (DAI) *Cover* A dan B mengecualikan beberapa hal berikut:
    a. Aus, susut, penundaan, sifat alami barang;
    b. Perang, invasi, penyerangan musuh, penyitaan, penahanan;
    c. Pemogokan, huru-hara, pergolakan sipil; dan
    d. Pembajakan.

Asuransi Kebakaran/ *Fire Insurance*

Suatu asuransi atau pertanggungan yang memberikan penggantian kerugian finansial yang diderita oleh Tertanggung atas kerugian atau kerusakan harta benda yang dipertanggungkan, sebagai akibat risiko standar kebakaran, yaitu kerugian yang diakibatkan oleh kebakaran, petir, ledakan, kejatuhan pesawat terbang, dan asap yang dijamin polis.

Luas Jaminan

Jaminan atas terjadinya kerugian dan atau kerusakan pada harta benda dan atau kepentingan yang dipertanggungkan yang secara langsung disebabkan oleh:

1. Kebakaran (merupakan jaminan utama)

   Menjamin Kebakaran sebagai akibat dari:

   a. Kekurang hati-hatian atau kesalahan Tertanggung atau pihak lain, ataupun karena sebab kebakaran lain sepanjang tidak dikecualikan dalam polis;
   b. Menjalarnya api atau panas yang timbul sendiri atau karena sifat barang itu sendiri;
   c. Hubungan arus pendek; dan
   d. Kebakaran yang terjadi karena kebakaran benda lain di sekitarnya dengan ketentuan kebakaran benda lain tersebut bukan akibat dari risiko yang dikecualikan polis.
2. Petir

   Kerusakan disebabkan secara langsung oleh petir. Khusus untuk mesin-mesin, peralatan listrik atau elektronik, dan instalasi listrik jaminan polis hanya berlaku apabila petir tersebut menimbulkan kebakaran pada benda-benda dimaksud.

3. Peledakan

   Ledakan berasal dari harta benda yang dipertanggungkan pada polis atau polis lain yang berjalan serangkai dengan polis yang bersangkutan untuk kepentingan Tertanggung yang sama. Pengertian ledakan: pelepasan

tenaga secara tiba-tiba yang disebabkan oleh mengembangnya gas atau uap.

4. Kejatuhan pesawat terbang

   Benturan fisik antara pesawat terbang termasuk helikopter atau segala sesuatu yang jatuh dari padanya dengan harta benda dan atau kepentingan yang dipertanggungkan atau dengan bangunan yang berisikan harta benda dan atau kepentingan yang dipertanggungkan.

5. Asap

   Asap yang berasal dari kebakaran harta benda yang dipertanggungkan pada polis atau polis lain yang berjalan serangkai dengan polis yang bersangkutan untuk kepentingan Tertanggung yang sama.

Risiko yang dikecualikan:

1. Risiko cacat sendiri;
2. Kebakaran hutan, semak, alang-alang atau gambut;
3. Segala macam bahan peledak;
4. Reaksi nuklir termasuk tetapi tidak terbatas pada radiasi nuklir, ionisasi, fusi, fisi atau pencemaran radio-aktif;
5. Gempa bumi, letusan gunung berapi atau tsunami; dan
6. Segala macam bentuk gangguan usaha.

Risiko yang dikecualikan (tapi dapat dijamin dengan tambahan premi):

1. Kerusuhan, pemogokan, penghalangan bekerja, perbuatan jahat, huru-hara, pembangkitan rakyat, pengambil-alihan kekuasaan, revolusi, pemberontakan, kekuatan militer, invasi, perang saudara, perang dan permusuhan, makar, terorisme, sabotase atau penjarahan;
2. Kendaraan, asap industri, tanah longsor, banjir, genangan air, angin topan atau badai; dan
3. Biaya pembersihan puing-puing.

Penyebab yang dikecualikan:

1. Menjalarnya api atau panas yang timbul sendiri atau karena sifat barang itu sendiri; dan
2. Hubungan arus pendek yang terjadi pada suatu unit peralatan listrik atau elektronik, kecuali yang digunakan untuk keperluan rumah tangga baik menimbulkan kebakaran ataupun tidak.

Harta benda yang dikecualikan (kecuali dinyatakan dengan tegas dalam ikhtisar pertanggungan):

1. Barang-barang milik pihak lain yang disimpan dan atau dititipkan atas percaya atau atas dasar komisi;
2. Kendaraan bermotor, kendaraan alat-alat berat, lokomotif, pesawat terbang, kapal laut dan sejenisnya;
3. Logam mulia, perhiasan, batu permata atau batu mulia;
4. Barang antik atau barang seni;
5. Segala macam naskah, rencana, gambar atau desain, pola, model atau tuangan dan cetakan;
6. Efek-efek, obligasi, saham atau segala macam surat berharga dan dokumen, perangko, meterai dan pita cukai, uang kertas dan uang logam, cek, buku-buku usaha dan catatan-catatan sistem komputer;
7. Perangkat lunak komputer, kartu magnetis, *chip*;
8. Pondasi, bangunan di bawah tanah, pagar;
9. Pohon kayu, tanaman, hewan dan atau binatang;
10. Taman, tanah (termasuk lapisan atas, urugan, drainase atau gorong-gorong), saluran air jalan, landas pacu, jalur rel, bendungan, waduk, kanal, pengeboran minyak, sumur, pipa dalam tanah, kabel dalam tanah, terowongan, jembatan, galangan, tempat berlabuh, dermaga, harta benda pertambangan di bawah tanah, harta benda di lepas pantai. Premi yang ditawarkan pada asuransi kebakaran tergantung dari tipe konstruksi, penggunaan, nilai dari properti tersebut dan lain-lain. Premi yang ditawarkan memiliki angka yang sebenarnya relatif sangat rendah (murah) jika dibandingkan dengan manfaat dan nilai pertanggungan yang diterima oleh Tertanggung.

Asuransi Kendaraan Bermotor/ *Motor Car Insurance*

Suatu asuransi atau pertanggungan yang memberikan jaminan atau proteksi atas kerugian/ kerusakan/ kehilangan atas kendaraan bermotor, yang disebabkan oleh risiko-risiko yang dijamin dalam polis asuransi kendaraan bermotor (seperti tabrakan, benturan, terbalik, tergelincir, perbuatan jahat orang lain, pencurian) termasuk kerugian finansial, yang mungkin akan timbul sehubungan dengan adanya tuntutan kerugian sebagai akibat tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga, yang secara langsung disebabkan oleh kendaraan bermotor yang dipertanggungkan sebagai akibat risiko yang dijamin polis.

Hal-hal yang menjadi pertimbangan dalam menentukan premi asuransi kendaraan bermotor:

1. Jenis dan tahun pembuatan;
2. Penggunaan kendaraan;
3. Kondisi pertanggungan yang dikehendaki;
4. Pengalaman kerugian yang pernah diderita; dan
5. *Moral Hazard* calon Tertanggung.

Risiko yang dijamin (jaminan utama):

1. Kerugian atau kerusakan yang secara langsung disebabkan oleh:
    a. Tabrakan, benturan, terbalik, tergelincir, terperosok;
    b. Perbuatan jahat;
    c. Pencurian, termasuk pencurian yang didahului atau disertai atau diikuti dengan kekerasan ataupun ancaman kekerasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 362, 363 ayat (3), (4), (5) dan pasal 365 KUH Pidana.
    d. Kebakaran, termasuk:
        1. Akibat kebakaran benda lain yang berdekatan atau tempat penyimpanan kendaraan bermotor;
        2. Akibat sambaran petir;

3. Kerusakan karena air dan atau alat-alat lain yang dipergunakan untuk mencegah atau memadamkan kebakaran; dan
4. Dimusnahkan seluruh atau sebagian kendaran bermotor atas perintah pihak yang berwenang dalam upaya pencegahan menjalarnya kebakaran itu.

2. Kerugian atau kerusakan yang disebabkan dalam nomor 1 di atas, selama kendaraan bermotor yang bersangkutan berada di atas kapal untuk penyeberangan yang berada di bawah pengawasan Direktorat Jenderal Perhubungan Darat, termasuk kerugian dan/ atau kerusakan yang diakibatkan alat angkut bersangkutan mengalami kecelakaan.
3. Biaya untuk penjagaan, pengangkutan atau penarikan ke bengkel atau tempat lain guna menghindari atau mengurangi kerugian atau kerusakan tersebut setinggi-tingginya sebesar 0,5% (setengah persen) dari harga pertanggungan kendaraan. Pembayaran terhadap biaya tersebut, tidak dikurangi dengan risiko sendiri.

Risiko yang dijamin (jaminan tambahan):

Tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga:

1. Penanggung memberikan penggantian kepada Tertanggung atas tanggung jawab hukum Tertanggung terhadap kerugian yang diderita pihak ketiga yang disertai adanya tuntutan pihak ketiga kepada Tertanggung mengenai kerugian tersebut, yang secara langsung disebabkan oleh kendaraan bermotor yang dipertanggungkan sebagai akibat risiko yang dijamin baik penyelesaiannya melalui proses musyawarah, mediasi, arbitrase atau pengadilan, dengan syarat telah mendapat persetujuan tertulis terlebih dahulu dari Penanggung, yaitu: perusakan atas harta benda; biaya pengobatan, cidera badan dan/ atau kematian.
2. Biaya perkara atau biaya bantuan para ahli yang berkaitan dengan tanggung jawab hukum Tertanggung dengan syarat mendapat persetujuan tertulis terlebih dahulu dari Penanggung. Tanggung jawab Penanggung atas biaya tersebut, setinggi-tingginya 10% dari batas pertanggungan tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga sebagaimana dimaksud pada poin pertama.

Pertanggungan ini dapat diperluas dengan risiko-risiko:

1. Kecelakaan diri pengemudi dan atau penumpang;
2. Tanggung jawab hukum terhadap penumpang;
3. Kerusuhan, huru-hara;
4. Terorisme dan sabotase;
5. Gempa bumi, tsunami, letusan gunung berapi; dan
6. Angin topan, badai, hujan es, banjir, dan tanah longsor.

Risiko yang dikecualikan, dikelompokkan berdasarkan:

PENYEBAB KERUGIAN (*PERIL*)

1. Pertanggungan ini tidak menjamin kerugian, kerusakan, biaya atas kendaraan bermotor dan/ atau tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga, yang disebabkan oleh:
    a. Kanorisme dan kendaraan digunakan untuk:
        1) Menarik atau mendorong kendaraan maupun benda lain, memberi pelajaran mengemudi;
        2) Turut serta dalam perlombaan, latihan, penyaluran hobi kecakapan atau kecepatan, karnaval, pawai, kampanye, unjuk rasa;
        3) Melakukan tindak kejahatan; dan
        4) Penggunaan selain dari yang dicantumkan dalam polis.
    b. Penggelapan, penipuan, hipnotis dan sejenisnya;
    c. Perbuatan jahat yang dilakukan oleh:
        1) Tertanggung sendiri;
        2) Suami atau istri, anak, orang tua dan saudara sekandung Tertanggung;
        3) Orang yang disuruh Tertanggung bekerja pada Tertanggung, orang yang sepengetahuan atau seizin Tertanggung;
        4) Orang yang tinggal bersama Tertanggung;
        5) Pengurus, pemegang saham, komisaris atau pegawai, jika Tertanggung merupakan badan hukum;
    d. Kelebihan muatan dari kapasitas kendaraan yang telah ditetapkan pabrikan.

2. Pertanggungan ini tidak menjamin kerugian dan/ atau kerusakan kendaraan bermotor atau biaya yang langsung maupun tidak langsung disebabkan oleh, akibat dari, ditimbulkan oleh:
    a. Barang dan/ atau hewan yang sedang berada di dalam, dimuat pada, ditumpuk, dibongkar dari atau diangkut oleh kendaraan bermotor yang dipertanggungkan;
    b. Zat kimia, air atau benda cair lainnya, yang berada di dalam kendaraan bermotor yang dipertanggungkan kecuali merupakan akibat dari risiko yang dijamin polis.

3. Pertanggungan ini tidak menjamin kerugian, kerusakan dan/ atau biaya atas kendaraan bermotor dan/atau tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga yang langsung maupun tidak langsung disebabkan oleh, akibat dari, ditimbulkan oleh:
    a. Kerusuhan, pemogokan, penghalangan bekerja, tawuran, huru-hara, pembangkitan rakyat, pengambil-alihan kekuasan, revolusi, pemberontakan, kekuatan militer, invasi, perang saudara, perang dan permusuhan, makar, terorisme, sabotase, penjarahan;
    b. Gempa bumi, letusan gunung berapi, angin topan, badai, tsunami, hujan es, banjir, genangan air, tanah longsor atau gejala geologi atau meteorologi lainnya; dan
    c. Reaksi nuklir, termasuk tetapi tidak terbatas pada radiasi nuklir, ionisasi, fusi, fisi atau pencemaran radio aktif, tanpa memandang apakah itu terjadi di dalam atau di luar kendaraan dan/atau kepentingan yang dipertanggungkan.

PENYEBAB KERUGIAN (*HAZARD - HUMAN ASPECT*)

Pertanggungan ini tidak menjamin kerugian, kerusakan, dan/ atau biaya atas kendaraan bermotor dan/atau tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga jika:

1. Disebabkan oleh tindakan sengaja Tertanggung dan/ atau pengemudi;
2. Pada saat terjadi kerugian atau kerusakan, kendaraan bermotor dikemudikan oleh seseorang yang tidak memiliki Surat Izin Mengemudi (SIM) sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

3. Dikemudikan oleh seorang yang berada di bawah pengaruh minuman keras, obat terlarang atau sesuatu bahan lain yang membahayakan;
4. Dikemudikan secara paksa walaupun secara teknis kondisi kendaraan dalam keadaan rusak atau tidak laik jalan; dan
5. Memasuki atau melewati jalan tertutup, terlarang, tidak diperuntukkan untuk kendaraan bermotor atau melanggar rambu-rambu lalu-lintas.

BENTUK KERUGIAN ATAU KERUSAKAN

Pertanggungan ini tidak menjamin kerugian dan/atau kerusakan atas perlengkapan tambahan yang tidak disebutkan dalam polis;

1. Ban, *velg*, dop yang tidak disertai kerusakan pada bagian lain kendaraan bermotor yang disebabkan oleh risiko yang dijamin;
2. Kunci dan atau bagian lainnya dari kendaraan bermotor pada saat tidak melekat atau berada di dalam kendaraan tersebut;
3. Bagian atau material kendaraan bermotor yang aus karena pemakaian, sifat kekurangan material sendiri atau salah dalam menggunakannya;
4. Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK), Buku Pemilik Kendaraan Bermotor (BPKB), dan/atau surat-surat lain kendaraan bermotor.

KERUGIAN LANJUTAN (*CONSEQUENTIAL LOSS*)

1. Pertanggungan ini tidak menjamin tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kendaraan bermotor yang dipertanggungkan atas:
    a. Kerusakan atau kehilangan harta benda yang diangkut, dimuat atau dibongkar dari kendaraan bermotor yang dipertanggungkan;
    b. Kerusakan jalan, jembatan, *viaduct*, bangunan yang terdapat di bawah, di atas, di samping jalan sebagai akibat dari getaran, berat kendaraan bermotor atau muatannya.

2. Pertanggungan ini tidak menjamin kehilangan keuntungan, upah, berkurangnya harga atau kerugian keuangan lainnya yang diderita Tertanggung.

Asuransi Kecelakaan Diri/ *Personal Accident Insurance*

Asuransi kecelakaan diri merupakan suatu asuransi atau pertanggungan yang memberikan jaminan atau proteksi atas kematian, cacat tetap, cacat sementara sebagai akibat adanya kecelakaan. Jenis jaminan yang diberikan:

1. Kematian (*Death*)

   Jaminan ini dibayarkan dalam hal Tertanggung:

   a. Meninggal dunia dalam batas waktu 12 (dua belas) bulan sejak terjadinya setelah kecelakaan, atau

   b. Hilang dan tidak diketemukan dalam waktu sekurang-kurangnya 60 (enam puluh) hari sejak terjadinya kecelakaan sebagai akibat langsung dari suatu kecelakaan yang dijamin dalam polis. Besarnya *benefit* yang dibayarkan: 100% nilai pertanggungan kepada ahli warisnya (*beneficiary*)

2. Cacat Tetap (*Permanent Disablement*)

   a. Cacat Tetap Keseluruhan (*Total Permanent Disablement*)

      Dikatakan cacat tetap keseluruhan dalam hal cacat tetap yang diderita sebagai akibat kecelakaan yang dijamin polis, berupa:

      1) Kehilangan penglihatan kedua belah mata, atau
      2) Hilang atau tidak berfungsinya kedua lengan, atau
      3) Hilang atau tidak berfungsinya kedua tungkai kaki, atau
      4) Hilang atau tidak berfungsinya: penglihatan satu mata dan satu lengan; penglihatan satu mata dan satu tungkai kaki; atau satu tungkai kaki dan satu lengan.

   b. Cacat Tetap Sebagian (*Partial Permanent Disablement*)

      Dikatakan cacat tetap sebagian dalam hal cacat tetap yang diderita sebagai akibat suatu kecelakaan yang dijamin polis, pada sebagian anggota tubuh (seperti jari-jari tangan, tangan, dan kaki). Besarnya manfaat yang dibayarkan berdasarkan tabel persentase yang telah ditetapkan didalam polis, dengan ketentuan:

1) Jumlah persentase dari seluruh cacat tetap yang diderita selama jangka waktu pertanggungan tidak melebihi 100% nilai pertanggungan;
2) Bagi orang kidal pengertian kata "kanan" dibaca "kiri" dan sebaliknya;
3) Dalam hal kehilangan atas sebagian dari salah satu yang disebutkan di dalam tabel, maka akan diberikan jumlah santunan secara berbanding (menurut perbandingan) dalam angka persentase yang lebih kecil dari skala persentase yang bersangkutan dengan bagian yang hilang itu;
4) Dalam hal kehilangan atau tidak berfungsinya lebih dari satu jari, maka santunan yang diberikan untuk itu tidak melebihi yang telah ditetapkan untuk kehilangan tangan dari pergelangan tangan;
5) Dalam hal tidak berfungsinya anggota badan yang tercantum dalam tabel, santunan diberikan apabila tidak berfungsinya anggota badan tersebut mencapai 50% atau lebih berdasarkan surat keterangan dokter yang melakukan perawatan.

Tabel 2 Persentase Jaminan Kecelakaan Diri

Lengan kanan mulai dari sendi bahu	60 %
Lengan kiri mulai dari sendi bahu	50 %
Lengan kanan mulai dari sendi siku ke atas	50 %
Lengan kiri mulai dari sendi siku ke atas	40 %
Lengan kanan mulai dari pergelangan tangan ke atas	40 %
Lengan kiri mulai dari pergelangan tangan ke atas	30 %
Ibu jari tangan kanan	15 %
Ibu jari tangan kiri	10 %
Jari telunjuk tangan kanan	10 %
Jari telunjuk tangan kiri	8 %
Satu kaki mulai dari pangkal paha	50 %

Biaya Pengobatan/ Perawatan (*Medical Expenses*)

Jaminan ini dibayarkan dalam hal penggantian atas biaya-biaya perawatan/ pengobatan yang dilakukan sebagai akibat suatu kecelakaan yang dijamin polis. Pembayaran jaminan ini berdasarkan kuitansi asli yang dikeluarkan oleh dokter yang melaksanakan perawatan atau pengobatan tersebut. Jaminan ini tidak berlaku bagi kuitansi-kuitansi yang dikeluarkan oleh dukun dan atau *sin she* termasuk pengobatan alternatif, terkecuali dukun atau *sin she* tersebut telah terdaftar dan mempunyai izin praktik dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Risiko yang dijamin

1. Polis ini menjamin risiko kematian, cacat tetap, biaya perawatan/ pengobatan yang secara langsung disebabkan suatu kecelakaan, termasuk:
    a. Keracunan karena terhirup gas atau uap beracun, kecuali Tertanggung dengan sengaja memakai obat-obat bius atau zat lain yang telah diketahui akibat-akibat buruknya termasuk juga pemakaian obat-obatan terlarang;
    b. Terjangkit virus atau kuman penyakit sebagai akibat Tertanggung dengan tidak sengaja terjatuh ke dalam air atau suatu zat cair lainnya; dan
    c. Mati lemas atau tenggelam.

2. Polis ini menjamin risiko kematian, cacat tetap, biaya perawatan/ pengobatan yang diakibatkan oleh:
    a. Masuknya virus atau kuman penyakit ke dalam luka yang diderita sebagai akibat dari suatu kecelakaan yang dijamin polis; dan
    b. Komplikasi atau bertambah parahnya penyakit yang disebabkan oleh suatu kecelakaan yang dijamin dalam polis, selama dalam perawatan atau pengobatan yang dilakukan oleh dokter.

Risiko yang dikecualikan

1. Kecelakaan yang terjadi sebagai akibat langsung dari Tertanggung:

    a. Turut serta dalam lalu-lintas udara, kecuali sebagai penumpang yang sah (memiliki tiket resmi) dalam suatu pesawat udara pengangkut penumpang oleh maskapai penerbangan yang memiliki izin untuk itu;

    b. Bertinju, bergulat, dan semua jenis olahraga bela diri, *rugby*, *hockey*, olahraga diatas es atau salju, mendaki gunung atau gunung es dan semua jenis olahraga kontak fisik, *bungee jumping* dan sejenisnya, memasuki gua-gua atau lubang-lubang yang dalam, berburu binatang, atau jika Tertanggung berlayar seorang diri, atau berlatih untuk atau turut serta dalam perlombaan kecepatan atau ketangkasan mobil atau sepeda motor, olahraga udara, dan olahraga air;

    c. Dengan sengaja melakukan atau turut serta dalam tindak kejahatan;

    d. Melanggar peraturan dan perundang-undangan yang berlaku;

    e. Menderita burut (hernia), ayan (*epilepsy*), dan sengatan matahari;

    f. Terserang atau terjangkit gangguan-gangguan atau virus atau kuman penyakit dalam arti yang seluas-luasnya dan mengakibatkan antara lain timbulnya demam (*hayfever*), *typhus, paratyphus*, disentri, peracunan dalam makanan (*botulism*), malaria, sampar (*leptospirosis*), filaria dan penyakit tidur karena gigitan atau sengatan serangga ke dalam tubuh; dan

    g. Mengalami bertambah parahnya akibat-akibat kecelakaan karena mengidap penyakit gula, peredaran darah yang kurang baik, pembesaran pembuluh darah, butanya satu mata jika mata yang lain tertimpa kecelakaan. Dalam hal ini besarnya santunan diberikan tidak lebih tinggi dari yang akan diberikan jika tidak ada keadaan yang memberatkan akibat-akibat kecelakaan itu.

2. Kecelakaan-kecelakaan yang disebabkan atau ditimbulkan oleh:

    a. Tertanggung menjalankan tugasnya dalam dinas kemiliteran atau kepolisian dan atau yang berhubungan dengan atau yang

diperbantukan untuk itu, kecuali jika telah disetujui Penanggung dengan tidak mengurangi apa yang ditetapkan.

b. Baik langsung maupun tidak langsung karena:

1) Kerusuhan, pemogokan, penghalangan bekerja, perbuatan jahat, huru-hara, pembangkitan rakyat, pengambilalihan kekuasaan, revolusi, pemberontakan, kekuatan militer, invasi, perang saudara, perang dan permusuhan, makar, terorisme, sabotase;
2) Tindakan-tindakan kekerasan termasuk pembunuhan, penganiayaan, pemerkosaan, dan penculikan dengan tidak memandang apakah tindakan-tindakan itu ditujukan terhadap Tertanggung atau orang-orang lain;
3) Ditahannya Tertanggung di dalam tempat tawanan atau tempat pengasingan karena deportasi atau dilaksanakan secara sah atau tidak sah suatu perintah dari pembesar-pembesar atau instansi kemiliteran, sipil kehakiman, kepolisian, atau politik yang telah diambil sehubungan dengan keadaan yang tersebut di atas atau bahaya yang akan timbul dari keadaan yang demikian itu. Jika Tertanggung atau orang-orang yang ditunjuk dalam polis ini menuntut santunan berdasarkan pertanggungan ini, maka yang bersangkutan wajib membuktikan kecelakaan tersebut tidak mempunyai hubungan apapun juga baik langsung maupun tidak langsung dengan kejadian-kejadian yang dikecualikan.

c. Baik langsung maupun tidak langsung karena atau terjadi pada reaksi-reaksi inti atom dan atau nuklir.

3. Demikian pula Penanggung tidak berkewajiban membayar santunan atau penggantian atas:

a. Biaya-biaya yang dikeluarkan untuk mencegah atau mengurangi kerugian kecuali jika telah disetujui Penanggung;

b. Kecelakaan dan akibat-akibatnya yang disebabkan oleh tindakan yang dilakukan dengan sengaja, direncanakan, dikehendaki oleh Tertanggung atau pihak yang berhak menerima santunan, kecuali: karena Tertanggung menjalankan pekerjaannya, sebagaimana yang diterangkan dalam polis ini atau karena Tertanggung

berusaha menyelamatkan dirinya, orang lain, hewan-hewan, barang-barang atau mempertahankan dan/atau melindunginya secara sah dengan tidak mengurangi apa yang ditetapkan.

4. Pengobatan atau tunjangan yang timbul sebagai akibat langsung atau tidak langsung dari infeksi virus HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*) atau varian-varian virus HIV, termasuk penyakit kehilangan daya tahan tubuh/ kekebalan atau AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*), dan penyakit yang berhubungan atau sejenis AIDS (AIDS *Refused Complex* - ARC).

Perluasan Risiko

1. Pembunuhan dan penganiayaan. Perluasan jaminan ini diberikan untuk menjamin risiko kematian atau cacat tetap yang diderita sebagai akibat dari penganiayaan, penyiksaan atau pembunuhan yang dilakukan oleh pihak lain. Untuk perluasan ini dikenakan tambahan premi.
2. Bagi mereka yang usianya diatas 60 tahun. Seperti kita ketahui bahwa batas usia yang umum berlaku adalah antara 16 tahun s/d 60 tahun. Perluasan ini ditujukan bagi mereka yang berusia diatas 60 tahun (berdasarkan tanggal lahir), dengan adanya perluasan ini maka ketentuan mengenai usia yang sudah tercantum didalam polis, harus diadakan perubahan dengan mencantumkan amandemen atas perubahan batas usia tersebut. Untuk perluasan ini maka premi harus dikenakan *loading*/ tambahan *rate*.
3. Santunan ganda. Perluasan jaminan ini akan memberikan santunan ganda dalam hal kematian atau cacat tetap yang diderita sebagai akibat kecelakaan yang terjadi ketika:
    a. Sebagai penumpang yang sah dari angkutan umum/ pesawat udara;
    b. Berada di dalam bangunan yang sedang terbakar; dan
    c. Tersambar petir.

Asuransi Kesehatan/ *Health Insurance*

Suatu asuransi yang dapat memberikan jaminan kesehatan atas rawat inap, rawat jalan, pengobatan untuk gigi, penggantian kacamata, melahirkan sesuai dengan batasan yang dijamin dalam polis.

Uraian Jaminan Utama (Rawat Inap):

1. Pemakaian Kamar (*Opname*) - penggantian biaya-biaya pemakaian kamar (*opname*) dan makanan selama Tertanggung terdaftar sebagai pasien rawat tinggal di rumah sakit.
2. Pelayanan Tambahan di Rumah Sakit - penggantian biaya-biaya pemakaian ruang bedah, anestesi, sinar X, pemeriksaan laboratorium, pemakaian obat-obatan, *physiotherapy*, dan pemakaian ambulans.
3. Biaya Operasi - penggantian biaya-biaya pemakaian jasa tim dokter bedah yang besarnya untuk setiap jenis pembedahan ditentukan dalam daftar terlampir, termasuk biaya konsultasi setelah pembedahan untuk selama-lamanya 14 hari.
4. Biaya Kunjungan Pemeriksaan Dokter - penggantian biaya-biaya kunjungan pemeriksaan dokter selama Tertanggung dirawat di rumah sakit.
5. Biaya Pelayanan Diagnosa - penggantian biaya diagnosa hasil pemeriksaan sinar X dan laboratorium yang dimintakan dokter sehubungan dengan sakit atau luka Tertanggung.
6. Biaya P3K - penggantian biaya-biaya pertolongan pertama yang diberikan kepada Tertanggung dalam waktu 24 jam sejak terjadinya kecelakaan yang dilanjutkan dengan rawat tinggal di rumah sakit.

Polis ini tidak menjamin biaya-biaya perawatan atau pengobatan atas:

1. Penyakit yang telah diidap Tertanggung sebelum waktu mulai berlakunya polis ini, kecuali biaya-biaya tersebut timbul setelah 12 bulan berlakunya jaminan dibawah polis ini serta Tertanggung memperpanjang masa berlakunya polis ini.

2. Penyakit yang sama dengan yang diidap Tertanggung, yang timbul dalam waktu 60 hari setelah selesainya perawatan atas penyakit yang terdahulu dan atas penyakit terdahulu telah diberikan jaminan di bawah polis ini.
3. Akibat Tertanggung turut serta dalam lalu-lintas udara kecuali ia menjadi penumpang yang sah dalam penerbangan berizin yang menjalani trayek tetap.
4. Cedera atau penyakit Tertanggung yang diakibatkan keikutsertaannya dalam olahraga bela diri atau olahraga lainnya yang menggunakan tenaga dan kontak fisik, seperti sepak-bola, *rugby, hockey* dan sebagainya, olahraga di atas es atau salju, mendaki gunung, memasuki gua-gua atau lubang-lubang yang dalam, berburu binatang, berlayar seorang diri, olahraga air atau udara, lomba kecepatan atau kecakapan dengan kendaraan.
5. Akibat Tertanggung melukai diri sendiri, bunuh diri atau mencoba bunuh diri baik dengan maksud jahat ataupun tidak, baik dalam keadaan sadar maupun tidak sadar.
6. Cidera atau penyakit yang diakibatkan mabuknya Tertanggung dan atau penggunaan bahan-bahan yang memabukkan.
7. Sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari infeksi virus HIV atau varian virus HIV termasuk penyakit kehilangan daya tahan tubuh (AIDS).
8. Sebagai akibat langsung maupun tidak langsung karena perang atau keadaan yang dapat disamakan dengan perang dan segala akibatnya, pendudukan oleh musuh, perang saudara, pemberontakan, pembangkangan, pengkhianatan, pergolakan sipil (huru-hara), tindakan-tindakan sabotase atau teror, revolusi, kekuatan militer atau pengambilalihan kekuasaan, tindakan-tindakan kekerasan, ditahannya Tertanggung di dalam tempat tawanan atau tempat pengasingan karena deportasi atau hal-hal lainnya.
9. Sebagai akibat langsung maupun tidak langsung oleh atau terjadi pada reaksi-reaksi inti atom dan atau nuklir.
10. Sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari keikutsertaan Tertanggung dalam tindak kejahatan.

11. Biaya-biaya yang tidak nyata, tidak perlu dan tidak wajar untuk suatu perawatan atau pengobatan pada umumnya serta biaya-biaya komunikasi dan transportasi.
12. Gigi (termasuk bedah mulut), kecuali perawatan gigi asli sebagai akibat langsung dari kecelakaan, pembelian kacamata, alat bantu pendengaran atau sejenisnya, dan operasi plastik atau kosmetika.
13. Perawatan atau pengobatan penyakit kelamin, keracunan, sterilisasi, penyakit atau kelainan jiwa, pemakaian bahan narkotika secara tidak sah dan akibat kecanduan alkohol.
14. Pencegahan kehamilan, perawatan kehamilan atau persalinan, operasi *Caesarean*, pengguguran kandungan ataupun keguguran akibat apapun dan komplikasinya serta yang berkaitan dengan kemandulan.
15. Rehabilitasi kelainan atau cacat bawaan dari lahir seperti celah bibir, tanda-lahir (*birthmark*), pertumbuhan otot atau tulang yang tidak normal, kelumpuhan dan sebagainya.
16. Pemakaian jasa perawat khusus atau pribadi dan biaya-biaya lainnya yang tidak tercantum dalam lampiran polis ini, seperti kursi roda, tempat tidur khusus, alat pacu jantung, lengan atau kaki palsu dan alat-alat *prosthetic* lainnya, kecuali alat-alat ini diperlukan pemakaiannya dalam rangka penyembuhan Tertanggung.
17. Akibat melanggar hukum yang telah mempunyai ketetapan hukum yang pasti melalui proses pengadilan.

Pertanggungan ini dapat diperluas dengan:

1. Rawat Jalan;
2. Rawat Gigi;
3. Melahirkan; dan
4. Kacamata.

• • •

Asuransi Tanggung Gugat/ *Liability Insurance*

Suatu asuransi atau pertanggungan yang memberikan jaminan atau proteksi atas tuntutan hukum dari pihak ketiga sebagai akibat tindakan kesalahan atau kelalaian yang dilakukan.

Hal-hal yang menimbulkan tanggung gugat

1. Adanya perbuatan/ tindakan/ kegiatan;
2. Adanya kerugian bagi orang lain;
3. Adanya hubungan sebab akibat antara perbuatan dan kerugian; dan
4. Adanya bukti perundangan-undangan yang dilanggar.

Faktor-faktor yang memengaruhi perkembangan asuransi tanggung gugat:

1. Masyarakat yang semakin menuntut;
2. Pemberitaan kasus-kasus yang melibatkan direktur dan pejabat perusahaan ataupun hasil putusan pengadilan atas suatu perusahaan yang sudah dikenal luas; dan
3. Persyaratan dalam suatu kontrak, terutama ketika ada kepemilikan asing.

Hal-hal yang menjadi pertimbangan dalam menentukan premi asuransi tanggung gugat:

1. Penjelasan dan klasifikasi kegiatan/ pekerjaan/ area objek pertanggungan. Bertambah besar risiko yang ditempuh, bertambah besar pula suku preminya;
2. Jumlah uang yang ditetapkan Tertanggung untuk kegiatannya atau orang lain yang bertindak atas namanya, selama waktu polis. Hal ini tidak termasuk tagihan penyiaran melalui radio, TV atau dari pertunjukkan film;
3. Besar kecilnya area objek pertanggungan;

4. Jumlah dan satuan unit pertanggungan, misal: per-hotel; per-*person;* per-*team*;
5. Jumlah orang-orang diluar karyawan Tertanggung yang dapat memasuki area objek pertanggungan;
6. Jarak bangunan yang ditanggung sampai ke jalan umum; dan
7. Batasan pertanggungan.

Jenis Asuransi Tanggung Gugat

1. TANGGUNG GUGAT PUBLIK

Asuransi ini menutup kemungkinan adanya tanggung jawab menurut hukum pada pihak ketiga yang timbul sebagai akibat dari kelalaian yang dilakukan Tertanggung dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dilakukan di dalam area perusahaan milik Tertanggung. Kegiatan tersebut apabila terjadi akan menimbulkan kerugian pada pihak ketiga baik berupa kerugian kerusakan harta benda (*property damage*) maupun cacat badan (*bodily injury*).

Bidang yang membutuhkan asuransi ini antara lain:

a. Hotel dan villa;
b. Rumah Sakit;
c. Industri;
d. Sekolah;
e. Pusat perbelanjaan; dan
f. Kontraktor migas.

2. TANGGUNG GUGAT PRIBADI

Asuransi Tanggung Gugat Pribadi melindungi dari risiko tanggung gugat yang timbul sebagai seorang kepala keluarga, tuan rumah dan sebagainya, yang dikarenakan oleh:

a. Kegiatan pribadi, termasuk jika menjalankan olahraga;
b. Ketika menggunakan harta benda miliknya; dan

c. Kegiatan-kegiatan yang diadakan/ dilakukan oleh orang atau binatang yang menjadi tanggungannya yang apabila terjadi akan menimbulkan kerugian pada pihak ketiga baik berupa kerugian kerusakan harta benda (*property damage*) maupun cacat badan (*bodily injury*).

• • •

Asuransi Pertanian

Asuransi pertanian merupakan salah satu produk asuransi yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia, namun ironisnya, belum banyak perusahaan asuransi di Indonesia yang menjual produk asuransi ini. Otoritas Jasa Keuangan (OJK) memiliki peran penting untuk mendorong perkembangan produk asuransi pertanian di Indonesia. OJK bekerja sama dengan Kementerian Pertanian, Kementerian BUMN dan perusahaan asuransi BUMN, menginisiasi perusahaan asuransi baik BUMN maupun swasta untuk menyiapkan produk asuransi pertanian bagi masyarakat.

Asuransi Pertanian dapat dimanfaatkan dalam menghadapi risiko ketidakpastian kegiatan usaha pertanian, baik karena faktor bencana alam, gangguan hama, perubahan iklim maupun fluktuasi harga. Keikutsertaan dalam program asuransi pertanian memberikan alternatif skema pendanaan yang akan melindungi pesertanya agar dapat kembali membiayai usaha pertanian di musim berikutnya apabila terjadi kegagalan hasil produksi panen.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Mahul dan Stutley (2010), asuransi pertanian dapat dibagi menjadi 2 kelompok berdasarkan jenisnya, yaitu asuransi pertanian yang bersifat tradisional dan asuransi modern berbasis indeks, seperti dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 3a Jenis Asuransi Pertanian Tradisional

Asuransi Pertanian Tradisional	
JENIS ASURANSI	**PENJELASAN**
Asuransi indemnitas berbasis kerusakan (*damage-based indemnity* atau *named-peril insurance*)	Dalam asuransi ini klaim dihitung dengan mengukur persentase kerusakan di lapangan segera setelah terjadi. Batas persentase untuk dapat mengajukan klaim disepakati dalam asuransi dan nilai klaim bisa didasarkan pada biaya produksi atau pendapatan tanaman yang diharapkan.
Asuransi tanaman berdasarkan hasil panen (*yield-based crop insurance*)	Dalam asuransi ini, hasil panen (*yield*) yang diasuransikan (misalnya ton/hektar) ditetapkan sebagai persentasi dari hasil rata- rata historis petani yang diasuransikan. Hasil Tertanggung biasanya 50-70% dari hasil rata-rata di pertanian. Jika hasil pertanian kurang dari persentase yang diasuransikan, maka ganti rugi diberikan sesuai perbedaan antara hasil aktual dengan hasil diasuransikan, dikalikan dengan nilai kesepakatan dari uang pertanggungan per unit hasil. Asuransi tanaman berbasis hasil biasanya melindungi terhadap beberapa resiko/ bahaya *(multi-peril)*, karena umumnya sulit untuk menemukan penyebab pasti dari kerugian.
Asuransi perolehan hasil pertanian (*crop revenue insurance*)	Asuransi yang menggabungkan asuransi berbasis *yield* yang konvensional dengan perlindungan terhadap harga pasar ketika hasil panen dijual. Pada tahun 2009 produk ini digunakan di Amerika Serikat untuk biji-bijian dan minyak sayur.

Tabel 3b Jenis Asuransi Pertanian Berbasis Indeks

Asuransi Pertanian Berbasis Indeks	
JENIS ASURANSI	**PENJELASAN**
Asuransi berbasis indeks hasil panen (*area yield index insurance*)	Dalam asuransi ini ganti rugi didasarkan pada indeks hasil rata-rata dari suatu daerah seperti kabupaten atau kecamatan. Ganti rugi dibayarkan jika hasil rata-rata realisasi untuk wilayah kurang (biasanya 50-90% rata-rata hasil panen) dari indeks rata-rata yang ditetapkan. Jenis asuransi indeks membutuhkan data historis hasil panen di daerah untuk mendapatkan rata-rata hasil panen normal dan berapa rata-rata yang dapat diasuransikan.
Asuransi indeks cuaca (*weather index insurance*)	Dalam asuransi ini ganti rugi didasarkan pada realisasi nilai parameter cuaca tertentu diukur selama periode tertentu di sebuah stasiun cuaca tertentu. Asuransi dapat disusun untuk melindungi terhadap realisasi indeks yang terlalu tinggi atau rendah sehingga menyebabkan kerugian hasil panen. Ganti rugi dibayarkan setiap kali nilai realisasi indeks melebihi atau kurang dari indeks yang ditetapkan dengan ambang batas yang ditentukan. Ganti rugi dihitung berdasarkan jumlah kesepakatan pertanggungan per unit indeks (misalnya rupiah/milimeter cuaca hujan)
Normalized difference vegetation index satellite insurance	Indeks dibangun menggunakan citra satelit dari waktu ke waktu. Pembayaran klaim didasarkan pada perbedaan indeks vegetasi berdasarkan citra satelit.

Sumber: Mahul dan Stutley (2010)

Asuransi pertanian diterapkan tidak hanya untuk sub sektor pangan, namun juga sub sektor hortikultura, perkebunan, dan peternakan. Dari berbagai jenis asuransi pertanian yang ada, asuransi pertanian yang bersifat tradisional dan berbasis kerugian (*indemnity based*) adalah yang banyak digunakan, namun saat ini sudah mulai dikembangkan di beberapa negara maju untuk menerapkan asuransi berbasis indeks. Penerapan jenis asuransi yang tepat akan sangat bergantung pada kebutuhan dan kesiapan petani/ peternak/ pekebun serta pelaksana dan infrastruktur penunjang program asuransi pertanian.

• • •

Polis Asuransi Usaha Tani Padi

Berikut adalah sebagian kutipan polis Asuransi Usaha Tani Padi dari PT Asuransi Jasa Indonesia (Persero) yang telah disetujui Otoritas Jasa Keuangan.

Subjek Pertanggungan:

Kepentingan Tertanggung terhadap tanaman padi yang diasuransikan didasarkan pada nilai pertanggungan yang disepakati dan terhadap bahaya-bahaya sebagaimana diuraikan dalam polis.

Jangka Waktu Pertanggungan:

Jangka waktu asuransi adalah satu musim tanam. Mulai dan berakhirnya polis adalah pada pukul 12:00 siang waktu Indonesia setempat pada kedua tanggal mulai dan berakhirnya suatu musim tanam yang tercantum dalam ikhtisar polis.

Risiko yang Dijamin:

Polis ini menjamin kerusakan fisik dan/atau kerugian pada tanaman padi yang dipertanggungkan yang secara langsung disebabkan oleh:

1. Banjir;
2. Kekeringan; dan
3. Organisme Pengganggu Tumbuhan (OPT) terdiri dari hama tanaman tetapi dibatasi hanya penggerek batang, wereng coklat, walang sangit, tikus, dan ulat grayak; dan penyakit tanaman tetapi dibatasi hanya blas, bercak coklat, tungro, busuk batang dan kerdil hampa.

Pengecualian Umum:

Polis ini tidak menjamin kerusakan fisik dan/atau kerugian pada tanaman padi yang dipertanggungkan yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh atau sebagai akibat dari:

1. Kebakaran;
2. Pencurian dan atau kehilangan pada saat dan setelah terjadinya peristiwa yang dijamin polis;
3. Kesengajaan Tertanggung, wakil Tertanggung atau pihak lain atas perintah Tertanggung;
4. Kesengajaan pihak lain dengan sepengetahuan Tertanggung, kecuali dapat dibuktikan bahwa hal tersebut terjadi di luar kendali Tertanggung;
5. Kesalahan atau kelalaian yang disengaja oleh Tertanggung atau wakil Tertanggung;
6. Kebakaran hutan, semak, alang-alang atau gambut;
7. Ledakan oleh segala jenis bahan peledak;
8. Reaksi nuklir termasuk tetapi tidak terbatas pada radiasi nuklir, ionisasi, fusi, fisi atau pencemaran radioaktif, tanpa memandang apakah itu terjadi di dalam atau di luar areal lahan penanaman padi yang dipertanggungkan;
9. Gempa bumi, letusan gunung berapi dan tsunami;
10. Segala bentuk gangguan usaha dan kerugian keuangan sejenisnya.

Pengecualian Khusus:

1. Kecuali jika secara tegas dijamin dengan perluasan jaminan khusus untuk itu, polis ini tidak menjamin kerusakan fisik dan/atau kerugian pada tanaman padi yang dipertanggungkan yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh hama wereng hijau, kepinding tanah, ganjur, hama putih palsu, hama putih, ulat tanduk hijau, ulat jengkal palsu hijau, orong-orong, lalat bibit, keong mas, dan burung.
2. Kecuali jika secara tegas dijamin dengan perluasan jaminan khusus untuk itu, polis ini tidak menjamin kerusakan fisik dan/atau kerugian pada tanaman padi yang dipertanggungkan yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh bakteri hawar daun, bakteri daun bergaris, hawar pelepah daun, busuk batang, busuk pelepah daun bendera, bercak *ceroospora*, hawar daun jingga, dan kerdil rumput.

3. Kecuali jika secara tegas dijamin dengan perluasan jaminan khusus untuk itu, polis ini tidak menjamin kerusakan fisik dan/atau kerugian pada tanaman padi yang dipertanggungkan yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kerusuhan, pemogokan, penghalangan bekerja, perbuatan jahat, huru-hara, pembangkitan rakyat, pengambilalihan kekuasaan, revolusi, pemberontakan, kekuatan militer, invasi, perang saudara, perang dan permusuhan, makar, terorisme, sabotase atau penjarahan.
4. Kecuali jika secara tegas dinyatakan sebaliknya dalam Ikhtisar Pertanggungan, maka polis ini tidak menjamin:
    a. Barang-barang milik pihak lain yang disimpan dan atau dititipkan atas percaya atau atas dasar komisi;
    b. Kendaraan bermotor, kendaraan alat-alat berat, alat-alat pertanian dan sejenisnya;
    c. Pohon kayu, tanaman lain selain tanaman padi, hewan ternak dan atau binatang lainnya;
    d. Taman, tanah (termasuk lapisan atas, urugan, drainase atau gorong-gorong), saluran air, jalan, bendungan, waduk, kanal, sumur, pipa dalam tanah, kabel dalam tanah, terowongan, dan jembatan;
    e. Dalam suatu tuntutan, gugatan atau perkara hukum lainnya, dimana Penanggung menyatakan bahwa suatu kerugian secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh satu atau lebih risiko-risiko yang dikecualikan di atas, maka merupakan kewajiban Tertanggung untuk membuktikan sebaliknya;
    f. Benturan kendaraan bermotor, asap dan debu industri, tanah longsor, angin topan dan badai; dan
    g. Biaya pembersihan sampah tanaman.

• • •

Asuransi Mikro

Asuransi Mikro Indonesia adalah produk asuransi yang diperuntukkan bagi masyarakat berpenghasilan rendah yang sederhana fitur dan administrasinya, mudah didapat, ekonomis harganya serta segera dalam penyelesaian pemberian santunannya.

Prinsip Asuransi Mikro adalah SMES yaitu:

1. Sederhana: bahasa sederhana, mudah dipahami, sesedikit mungkin pengecualian, tanpa survei pendahuluan, memberikan jaminan dasar;
2. Mudah: dapat diperoleh di lingkungan masyarakat, komunitas, dan minimarket;
3. Ekonomis: biaya administrasi rendah karena biaya produksi polis, biaya distribusi, dan biaya *marketing* relatif rendah, sehingga biaya premi dapat terjangkau oleh masyarakat menengah ke bawah; dan
4. Segera: klaim cepat, yaitu dengan dokumen klaim maksimal 4 jenis, klaim dibayar kurang dari 10 hari kerja (sistem santunan).

Produk-produk asuransi mikro beragam, dimana setiap produk tersebut memberikan jaminan yang berbeda pula sesuai dengan kebutuhan masyarakat saat ini. Produk-produk asuransi mikro antara lain:

1. Asuransi demam berdarah;
2. Asuransi gempa bumi;
3. Asuransi kebakaran; dan
4. Asuransi kecelakaan diri.

Gambar 13 Ilustrasi *Voucher* Asuransi Mikro

Gambar 14 Bapak Susilo Bambang Yudhoyono, Presiden RI ke 6 Mendapatkan Penjelasan Tentang Cara Menggunakan *Voucher* Asuransi Mikro Pada Saat Peluncuran Strategi Nasional Literasi Keuangan Indonesia Tanggal 19 November 2013

Produk-produk asuransi akan terus bertambah sesuai perkembangan teknologi, sosial, dan budaya umat manusia. Contohnya, asuransi rangka kapal, asuransi pesawat terbang, asuransi konstruksi, asuransi alat-alat berat, asuransi pemasangan mesin, asuransi peralatan elektronik, asuransi mesin, asuransi uang dalam pengiriman, asuransi uang dalam lemari besi, asuransi uang di ruang kasir, asuransi kebongkaran, asuransi jaminan kejujuran, asuransi barang milik pribadi, asuransi pembangunan kapal, asuransi ketel uap, asuransi kaca, asuransi perjalanan, asuransi penerbangan, asuransi golf, dan lain-lain.

• • •

Simulasi Perhitungan Premi dan Klaim

Asuransi Umum

Jika kita ingin membeli asuransi, kita pasti diminta untuk membayar sejumlah premi, biasanya untuk suku premi mobil itu antar 0,1% sd 4,2% dari harga mobil tersebut, tapi jika kita mau membeli asuransi kebakaran untuk rumah kita, biasanya suku premi yang ditawarkan di pasaran adalah antara 0,088% sampai dengan 0,15% sangat murah sekali bukan? Tapi suku premi itu bisa lebih atau kurang dari angka-angka yang kami sebutkan sebelumnya karena suku premi itu ditentukan setidaknya berdasarkan luas jaminan, biaya administrasi, biaya pemasaran, keuntungan perusahaan, frekuensi risiko tersebut terjadi dan lain-lain. Untuk lebih memahami tentang bagaimana cara perhitungan premi dan klaim, berikut contoh perhitungannya.

Perusahaan asuransi X melakukan riset terhadap 1.000.000 mobil yang beroperasi di Jakarta, Banten dan Jawa Barat dengan harga antara Rp125.000.000,00 sampai dengan Rp200.000.000,00. Ternyata dalam satu tahun tercatat ada 4.000 mobil yang hilang atau mengalami kecelakaan dengan kerusakan lebih dari sama dengan 75% dari harga sebenarnya (rusak total). Perusahaan tersebut menetapkan biaya operasional dan pemasaran untuk produk asuransi mobil tersebut adalah 25% dan keuntungan yang diinginkan adalah 10%. Dari cerita di atas jawablah beberapa pertanyaan berikut ini!

1. Berapakah suku premi untuk produk asuransi mobil tersebut?
2. Bapak Andi ingin mengasuransikan mobilnya yang seharga Rp175.000.000,00 jika ada biaya pembuatan polis sebesar Rp25.000,00 dan biaya meterai sebesar Rp12.000,00. Berapa total uang yang harus dia bayar kepada perusahaan asuransi X di wilayah 1 sesuai dengan batas bawah premi pertanggungan *Total Loss Only* (TLO) pada Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 6/SEOJK.05/2017 tentang Penetapan Tarif Premi atau Kontribusi pada Lini Usaha Asuransi Harta Benda dan Asuransi Kendaraan Bermotor Tahun 2017?

3. Setelah periode pertanggungan berakhir pada 31 Desember 2017, Bapak Andi ingin meneruskan asuransi untuk mobilnya tersebut, karena Bapak Andi tidak melakukan klaim pada periode sebelumnya maka perusahaan asuransi X memberikan dia diskon sebesar 10%. Jika harga mobil turun menjadi Rp160.000.000,00 hitunglah total biaya yang harus dia bayar!

Tabel 4 Premi Pertanggungan *Total Loss Only*

KATEGORI	UANG PERTANGGU-NGAN	WILAYAH 1		WILAYAH 2		WILAYAH 3	
		BATAS BAWAH	BATAS ATAS	BATAS BAWAH	BATAS ATAS	BATAS BAWAH	BATAS ATAS
Jenis Kendaraan Non Bus dan Non Truk							
Kategori 1	0 - Rp125.000.000	0,47%	0,56%	0,65%	0,78%	0,51%	0,56%
Kategori 2	> Rp125.000.000 - Rp200.000.000	0,63%	0,69%	0,44%	0,53%	0,44%	0,48%
Kategori 3	> Rp200.000.000 - Rp400.000.000	0,41%	0,46%	0,38%	0,42%	0,29%	0,35%
Kategori 4	> Rp400.000.000 - Rp800.000.000	0,25%	0,30%	0,25%	0,30%	0,23%	0,27%
Kategori 5	> Rp800.000.000	0,20%	0,24%	0,20%	0,24%	0,20%	0,24%
Jenis Kendaraan Bus, Truk, dan Pickup							
Kategori 6	Truk dan pickup, semua uang pertanggungan	0,88%	1,07%	1,68%	2,02%	0,81%	0,98%
Kategori 7	Bus, semua uang pertanggungan	0,23%	0,29%	0,23%	0,29%	0,18%	0,22%
Jenis Kendaraan Roda 2 (dua)							
Kategori 8	Semua uang pertanggungan	1,76%	2,11%	1,80%	2,16%	0,67%	0,80%

4. Bapak Andi meneruskan kembali asuransi mobilnya di tahun 2018, tapi dia memperluas jaminan asuransi mobilnya menjadi jaminan komprehensif (lihat Tabel 5). Dengan metode perhitungan suku premi seperti soal poin 1 di atas, didapatkan suku premi untuk jaminan komprehensif adalah 2.67% (sesuai dengan batas bawah premi *comprehensive* pada Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 6/SEOJK.05/2017 tentang Penetapan Tarif Premi atau Kontribusi pada Lini Usaha Asuransi Harta Benda dan Asuransi Kendaraan Bermotor Tahun 2017) yang mana lebih besar daripada jaminan untuk kerugian total saja sebab dalam jaminan komprehensif, tabrakan-tabrakan kecil yang menyebabkan kerusakan di bawah 75% akan diganti rugi oleh perusahaan asuransi dan frekuensi kejadiannya juga lebih sering, oleh karena itu suku preminya lebih besar. Dia tidak mendapat diskon 10% karena diskon hanya diberikan untuk perpanjangan polis dengan jaminan yang sama, hitung total biaya yang harus dibayar!
5. Sebulan setelah diasuransikan dengan jaminan komprehensif, Bapak Andi menabrak trotoar jalan karena menghindari penyeberang jalan, mobil Bapak Andi rusak dan biaya untuk memperbaikinya adalah Rp6.000.000,00. Berapakah klaim yang harus dibayar perusahaan asuransi? Adakah ketentuan bahwa Tertanggung harus membayar risiko sendiri sebesar Rp300.000,00 per kejadian.
6. Sebulan kemudian, Bapak Andi ditabrak oleh mobil lain karena Bapak Andi berhenti mendadak menghindari kendaraan yang tiba-tiba belok kiri karena mau menurunkan penumpang. Penabrak mobil Bapak Andi juga memiliki asuransi mobil dengan jaminan komprehensif, mereka tidak saling menyalahkan dan membuat kesepakatan bahwa mereka akan minta ganti rugi ke asuransi masing-masing namun untuk risiko sendiri Bapak Andi akan dibayarkan oleh si penabrak. Jika kerugian masing-masing adalah sama yaitu sebesar Rp10.000.000,00, berapa klaim yang harus dibayar oleh perusahaan asuransi X dan perusahaan asuransi si penabrak?
7. Jika pada tahun 2018 Bapak Andi membeli mobil baru dengan cara kredit di salah satu perusahaan pembiayaan di Jakarta selama 3 tahun, harga mobil tersebut adalah Rp185.000.000,00 dan dia ingin mengasuransikan mobilnya tersebut dengan jaminan komprehensif di perusahaan asuransi X. Suku premi masih 2,67%. Berapa total biaya yang harus dia bayar?

Tabel 5 Premi Pertanggungan Komprehensif

KATEGORI	UANG PERTANGGU-NGAN	WILAYAH 1		WILAYAH 2		WILAYAH 3	
		BATAS BAWAH	BATAS ATAS	BATAS BAWAH	BATAS ATAS	BATAS BAWAH	BATAS ATAS
Jenis Kendaraan Non Bus dan Non Truk							
Kategori 1	0 - Rp125.000.000	3,82%	4,20%	3,26%	3,59%	2,53%	2,78%
Kategori 2	> Rp125.000.000 - Rp200.000.000	2,67%	2,94%	2,47%	2,72%	2,69%	2,96%
Kategori 3	> Rp200.000.000 - Rp400.000.000	2,18%	2,40%	2,08%	2,29%	1,79%	1,97%
Kategori 4	> Rp400.000.000 - Rp800.000.000	1,20%	1,32%	1,20%	1,32%	1.14%	1,25%
Kategori 5	> Rp800.000.000	1,05%	1,16%	1,05%	1,16%	1,05%	1,16%
Jenis Kendaraan Bus, Truk, dan Pickup							
Kategori 6	Truk dan pickup, semua uang pertanggungan	2,42%	2,67%	2,39%	2,63%	2,23%	2,46%
Kategori 7	Bus, semua uang pertanggungan	1,04%	1,14%	1,04%	1,14%	0,88%	0,97%
Jenis Kendaraan Roda 2 (dua)							
Kategori 8	Semua uang pertanggungan	3,18%	3,50%	3,18%	3,50%	3,18%	3,50%

• • •

Jawab:

1. Untuk menghitung suku premi asuransi mobil dengan luas jaminan hilang atau kerugian total dapat menggunakan rumus di bawah ini.

   Suku Premi = Premi Murni + Biaya Operasional dan Pemasaran + Keuntungan

   Suku Premi = (4.000/1.000.000) + (25% x (4.000/1.000.000)) + (10% x(4.000/1.000.000))

   Suku Premi = 0,4% + 0,08% + 0,04%

   Suku Premi = 0,52% per tahun

   Premi Murni dihitung berdasarkan perbandingan antara jumlah kejadian atau kerugian dibagi dengan total populasi atau total kerugian yang bisa terjadi. Namun untuk penentuan premi saat ini sudah diseragamkan oleh OJK melalui dengan Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 6/SEOJK.05/2017 tentang Penetapan Tarif Premi atau Kontribusi pada Lini Usaha Asuransi Harta Benda dan Asuransi Kendaraan Bermotor Tahun 2017 untuk kendaraan dengan nominal Rp175.000.000,00 memiliki *rate* dengan batas bawah 0.63% dan batas atas 0.69% per tahun

2. Perhitungan biaya keseluruhan yang harus dibayar Tertanggung (Bapak Andi) adalah sebagai berikut:

Premi Kendaraan Bermotor = Rp175.000.000,00 x 0,63%	=	Rp1.102.500,00	
Biaya Polis	=	Rp25.000,00	
Biaya Meterai	=	Rp12.000,00	+
Total per tahun	=	Rp1.139.500,00	

3.

Premi Kendaraan Bermotor = Rp160.000.000,00 x 0,63% x 90%	=	Rp907.200,00	
Biaya Polis	=	Rp25.000,00	
Biaya Meterai	=	Rp12.000,00	+
Total per tahun	=	Rp944.200,00	

4.

Premi Kendaraan Bermotor = Rp160.000.000,00 x 2,67%	=	Rp4.272.000,00
Biaya Polis	=	Rp25.000,00
Biaya Meterai	=	Rp12.000,00
		+
Total per tahun	=	Rp4.309.000,00

5. Klaim yang akan dibayar oleh perusahaan asuransi adalah total kerugian dikurangi risiko sendiri: Rp6.000.000,00 - Rp300.000,00 = Rp5.700.000,00

   Risiko sendiri diterapkan sebagai cara agar Tertanggung berhati-hati terhadap mobilnya dan tidak melakukan klaim jika kerugian masih di bawah risiko sendiri.

6. Perusahaan asuransi akan membayar sebesar Rp10.000.000,00 - Rp300.000,00 = Rp9.700.000,00 namun untuk Bapak Andi, tidak perlu membayar risiko sendiri karena sudah dibayarkan oleh si penabrak ke perusahaan asuransi Bapak Andi. Dalam industri asuransi ada perjanjian dimana jika ada kejadian yang melibatkan Tertanggung yang memiliki jenis jaminan yang sama, maka antara sesama perusahaan asuransi tidak akan menggunakan hak subrogasinya untuk menuntut pihak yang bersalah pada kejadian tersebut.
7. Untuk kredit selama 3 tahun, maka preminya dikali 3 dan tidak mendapatkan diskon karena diskon hanya berlaku untuk polis yang diperpanjang dalam jangka waktu satu tahun. Perhitungannya adalah sebagai berikut:

Premi kendaraan bermotor	=	Rp 185.000.000,00 x 2,67% x 3	=	Rp14.818.500,00
Biaya Polis			=	Rp25.000,00
Biaya Meterai			=	Rp12.000,00
				+
Total per tiga tahun			=	Rp14.855.500,00

• • •

Asuransi Jiwa

Dari sudut pandang generik, polis asuransi jiwa dapat diklasifikasikan sebagai asuransi jiwa berjangka (*term life insurance*) dan asuransi jiwa bernilai tunai (*cash value life insurance*). Asuransi jiwa berjangka memberikan proteksi sementara. Asuransi jiwa bernilai tunai yang memiliki elemen tabungan dan membangun nilai tunai terdiri dari 2 produk utama, yaitu asuransi jiwa seumur hidup (*whole life insurance*) dan asuransi jiwa dwiguna (*endowment insurance*). Banyak variasi dan kombinasi dari jenis-jenis polis asuransi jiwa tersebut yang tersedia saat ini. Asuransi Jiwa juga dapat menjual asuransi kesehatan dan kecelakaan diri namun biasanya dua jenis asuransi itu hanya sebagai jaminan tambahan dari polis induknya atau biasa disebut dengan *rider*.

• • •

Asuransi Jiwa Berjangka (*Term Life Insurance*)

Seluruh produk asuransi jiwa berjangka memberikan pertanggungan selama satu jangka waktu tertentu yang disebut jangka waktu polis (*policy term*). Manfaat polis dapat dibayarkan hanya apabila (1) Tertanggung meninggal dalam jangka waktu yang telah ditetapkan, dan (2) polis masih berlaku (*in force*) ketika Tertanggung meninggal dunia. Jika Tertanggung masih hidup sampai berakhirnya jangka waktu yang telah ditetapkan, polis tersebut memberikan hak kepada pemegang polis untuk melanjutkan pertanggungan asuransi jiwa. Jika pemegang polis tidak melanjutkan pertanggungan itu, maka polis akan berakhir dan perusahaan asuransi tidak berkewajiban untuk memberikan pertanggungan selanjutnya.

Lamanya jangka waktu pertanggungan berbeda antara satu polis dengan polis yang lain. Jangka waktu dapat sesingkat waktu yang diperlukan untuk melakukan perjalanan dengan pesawat udara atau selama 40 tahun atau bahkan lebih. Namun, biasanya perusahaan asuransi jarang menjual asuransi jiwa berjangka untuk jangka waktu yang kurang dari satu tahun. Jangka waktu dapat ditetapkan dalam jumlah tahun tertentu: 1 tahun, 5 tahun, 10 tahun, 20 tahun, atau dapat ditetapkan dengan menentukan usia Tertanggung pada akhir jangka waktu polis. Misalnya, polis asuransi jiwa berjangka yang memberikan

pertanggungan hingga usia 65 tahun disebut "jangka waktu hingga usia 65 tahun" (*term to age* 65), dan pertanggungan polis berakhir pada ulang tahun polis yang jatuh pada tanggal yang terdekat atau setelah ulang tahun Tertanggung yang ke 65. Pada umumnya ulang tahun polis (*policy anniversary*) merupakan tanggal hari ketika manfaat polis mulai berlaku efektif. Baik tanggal berakhir maupun tanggal ulang tahun polis biasanya tercantum di halaman depan polis.

Perlindungan asuransi jiwa berjangka biasanya tersedia dalam bentuk polis asuransi, namun dapat juga tersedia dalam bentuk sebuah asuransi tambahan (*rider*) yang ditambahkan pada polis tersebut. *Policy rider*, yang disebut juga *endorsement*, adalah perubahan dari polis asuransi yang menjadi bagian dari kontrak asuransi yang dapat diperluas atau dibatasi manfaatnya dan dapat dibayarkan menurut kontrak. *Policy rider* secara hukum berlaku seperti halnya dengan bagian lain dalam kontrak asuransi. *Rider* pada umumnya digunakan untuk memberikan manfaat tambahan atau untuk meningkatkan manfaat kematian yang diberikan oleh sebuah polis, meskipun *rider* juga dapat digunakan untuk membatasi atau mengubah polis.

JENIS-JENIS PERTANGGUNGAN ASURANSI JIWA BERJANGKA

1. Asuransi Jiwa Berjangka Dengan Uang Pertanggungan Tetap (*Level Term Life Insurance*)

   Bentuk asuransi jiwa berjangka yang paling umum ditemui adalah asuransi dengan uang pertanggungan tetap yang memberikan manfaat kematian dalam jumlah yang sama selama jangka waktu polis tersebut. Misalnya, dengan polis berjangka tetap 5 tahun yang memberikan pertanggungan sebesar Rp100.000.000,00, perusahaan asuransi setuju untuk membayar Rp100.000.000,00 apabila Tertanggung sewaktu-waktu meninggal selama jangka waktu 5 tahun polis tersebut berlaku. Besarnya masing-masing premi lanjutan yang harus dibayarkan untuk jenis polis ini biasanya tetap sama selama jangka waktu pertanggungan yang telah ditetapkan.

2. Asuransi Jiwa Berjangka Dengan Uang Pertanggungan Menurun (*Decreasing Term Life Insurance*)

   Jenis pertanggungan ini memberikan manfaat kematian yang nilainya menurun selama jangka waktu pertanggungan. Manfaat polis ini dimulai dengan suatu nilai pertanggungan yang telah ditetapkan dan kemudian menurun selama jangka waktu pertanggungan sesuai dengan metode

yang dijelaskan dalam polis. Misalnya, manfaat selama tahun pertama pertanggungan dari polis asuransi ini untuk jangka waktu 5 tahun adalah Rp50.000.000,00 dan kemudian menurun Rp10.000.000,00 pada setiap ulang tahun polis. Pertanggungannya menjadi sebesar Rp40.000.000,00 untuk tahun polis kedua; Rp30.000.000,00 untuk tahun ketiga; Rp20.000.000,00 untuk tahun keempat, dan Rp10.000.000,00 untuk tahun terakhir. Pada akhir tahun kelima polis, pertanggungan tersebut berakhir. Besarnya premi lanjutan yang dibayarkan untuk polis asuransi ini biasanya tetap selama jangka waktu pertanggungan. Perusahaan asuransi menawarkan berbagai jenis Asuransi Jiwa Berjangka Dengan Uang Pertanggungan Menurun, yang antara lain sebagai berikut.

a. Asuransi Ganti Rugi Hipotek (*Mortgage Redemption Insurance*) yang dirancang untuk memberikan manfaat kematian yang nilainya sesuai dengan jumlah menurun yang terutang atas pinjaman hipotek atau Kredit Pemilikan Rumah - KPR (*mortgage loan*). Jangka waktu polis ini ditentukan berdasarkan lamanya pinjaman hipotek, yang biasanya 15 atau 30 tahun, dan besarnya premi lanjutan yang dibayarkan untuk polis asuransi ini umumnya tetap selama jangka waktu pertanggungan.
b. Asuransi Jiwa Kredit (*Credit Life Insurance*) yang dirancang untuk membayar sisa pinjaman yang jatuh tempo jika pihak peminjam meninggal dunia sebelum pinjaman tersebut lunas. Polis asuransi ini menetapkan bahwa manfaat polis dibayarkan langsung kepada pihak pemberi pinjaman atau kreditur jika peminjam yang menjadi Tertanggung meninggal dunia dalam jangka waktu pertanggu-ngan polis.
c. Pertanggungan Penghasilan Keluarga *(Family Income Coverage)*, yang dirancang untuk memberikan manfaat penghasilan bulanan yang telah ditetapkan kepada pasangan Tertanggung yang masih hidup apabila Tertanggung tersebut meninggal dunia selama jangka waktu pertanggungan polis. Manfaat penghasilan bulanan terus berlangsung sampai akhir jangka waktu yang ditetapkan pada saat pertanggungan polis tersebut dibeli. Polis ini merupakan salah satu bentuk asuransi jiwa berjangka dengan uang pertanggungan menurun karena semakin lama Tertanggung hidup selama jangka waktu pertanggungan, semakin singkat

jangka waktu yang diperlukan perusahaan asuransi untuk membayar manfaat penghasilan bulanan; semakin singkat jangka waktu pembayaran manfaat polis, semakin kecil nilai manfaat yang akan dibayar perusahaan asuransi.

3. Asuransi Jiwa Berjangka Dengan Uang Pertanggungan Meningkat (*Increasing Term Life Insurance*)

   Jenis pertanggungan ini memberikan suatu manfaat kematian yang dimulai pada suatu nilai dan meningkat dengan nilai atau persentase tertentu pada interval yang telah ditetapkan selama jangka waktu polis. Misalnya, sebuah perusahaan asuransi dapat memberikan manfat polis yang dimulai dari Rp100.000.000,00 dan kemudian meningkat 5% pada setiap tanggal ulang tahun polis selama jangka waktu polis atau, nilai pertanggungan dapat meningkat seiring dengan meningkatnya biaya hidup, sebagaimana terukur oleh indeks baku seperti indeks harga konsumen (*consumer price index*). Premi untuk polis asuransi ini biasanya juga meningkat sejalan dengan meningkatnya nilai pertanggungan.

FITUR-FITUR POLIS ASURANSI JIWA BERJANGKA

Asuransi Jiwa Berjangka hanya memberikan perlindungan sementara, yaitu di akhir jangka waktu yang telah ditetapkan polis akan berakhir. Namun demikian, dalam sejumlah kasus, seorang pemegang polis dapat melanjutkan pertanggungan dalam suatu jangka waktu tambahan atau mengubah pertanggungan menjadi asuransi dengan manfaat tetap. Polis asuransi jiwa berjangka seringkali memiliki fitur yang memungkinkan pemegang polis untuk melanjutkan pertanggungan asuransi jiwa setelah jangka waktu sebelumnya berakhir. Jika polis memberikan pilihan kepada pemegang polis untuk melanjutkan pertanggungan polis untuk suatu jangka waktu tambahan maka polis tersebut disebut sebagai polis asuransi berjangka yang dapat dilanjutkan (*renewable term insurance policy*). Jika polis memberikan hak kepada pemegang polis untuk mengubah polis berjangka ke asuransi dengan manfaat tetap maka polis tersebut disebut sebagai polis asuransi berjangka yang dapat dikonversi (*convertible term insurance policy*).

• • •

Asuransi Jiwa Seumur Hidup (*Whole Life Insurance*)

Ada 2 karakteristik utama jenis asuransi ini, yakni:

1. Memberikan pertanggungan seumur hidup kepada Tertanggung selama polis masih berlaku (*in force*); dan
2. Memberikan pertanggungan asuransi dan mengandung unsur tabungan.

JENIS-JENIS PERTANGGUNGAN ASURANSI JIWA SEUMUR HIDUP

1. Asuransi Jiwa Seumur Hidup Tradisional (*Traditional Whole Life Insurance*)

Jenis asuransi ini memberikan pertanggungan seumur hidup dengan tarif premi tetap (*level premium rate*) yang tidak meningkat sejalan dengan bertambahnya usia Tertanggung.

Perusahaan asuransi menggunakan sistem premi tetap (*level premium system*) dalam menetapkan premi asuransi jiwa supaya tarif premi tersebut tidak mengalami kenaikan sejalan dengan kenaikan tingkat mortalitas (*mortality rates*) Tertanggung. Polis asuransi jiwa seumur hidup memiliki unsur tabungan yang dikenal sebagai nilai tunai (*cash value*) dari polis. Polis ini memuat suatu tabel yang mengilustrasikan bagaimana nilai tunai tersebut dapat berkembang dari waktu ke waktu. Jika karena sesuatu hal polis tidak lagi berlaku sampai Tertanggung meninggal, maka perusahaan asuransi sepakat untuk membayar nilai tunai tersebut kepada pemegang polis dikurangi biaya-biaya penutupan polis dan pinjaman polis yang tertunggak.

Besarnya nilai tunai yang berhak diterima pemegang polis penutupan polis tersebut disebut *surrender value*. Besarnya nilai tunai dalam polis pada suatu waktu tergantung dari beberapa faktor, seperti uang pertanggungan dari polis, lamanya polis telah berjalan dan lamanya jangka waktu pembayaran premi dalam polis. *Reserve* dan nilai tunai dari suatu polis asuransi jiwa seumur hidup akan meningkat selama masa berlakunya polis dan pada akhirnya akan setara dengan pertanggungan dari polis tersebut. Namun demikian, nilai tunai tersebut baru akan setara dengan uang pertanggungan pada saat Tertanggung menca-

pai usia sebagaimana yang ditentukan akhir tabel mortalitas yang digunakan untuk menghitung premi pada polis tersebut, yaitu biasanya usia 99 atau 100 tahun. Pada waktu tesebut, perusahaan asuransi biasanya membayar nilai tunai polis kepada pemegang polis meskipun Tertanggung masih hidup.

Jangka Waktu Pembayaran Premi

Sebagian besar Polis Asuransi Jiwa Seumur Hidup dapat dikelompokkan menurut lamanya jangka waktu pembayaran premi polis, menjadi:

a. Polis Premi Berkelanjutan (*Continues-Premium Policies*)

   Di dalam polis premi berkelanjutan (terkadang disebut *straight life insurance policy* atau *ordinary life insurance policy*), premi dibayarkan sampai Tertanggung meninggal dunia.

b. Polis Pembayaran Terbatas (*Limited Payment Policies*)

   Di dalam Polis Pembayaran Terbatas, premi dibayarkan hanya sampai jangka waktu yang telah ditetapkan berakhir atau sampai Tertanggung meninggal dunia, mana yang terjadi lebih dahulu. Sedangkan Pada Polis Premi Tunggal (*Single-Premium Policies*), yang merupakan jenis polis pembayaran terbatas hanya membutuhkan satu kali pembayaran premi.

Lamanya jangka waktu pembayaran premi polis secara langsung memengaruhi jumlah premi berkala yang diperlukan untuk polis tersebut dan laju pertumbuhan nilai tunai dari polis tersebut.

2. Last Survivor Life Insurance

Jenis asuransi ini juga disebut sebagai *second-to-die life insurance*, yang merupakan jenis asuransi jiwa seumur hidup gabungan yang manfaat polisnya hanya dibayarkan setelah kedua orang Tertanggung polis tersebut meninggal dunia. Premi asuransi jiwa ini hanya dibayar sampai Tertanggung pertama meninggal atau premi dapat dibayar sampai kedua Tertanggung meninggal. Asuransi ini terutama dirancang khusus untuk memberikan pertanggungan kepada pasangan menikah yang ingin memiliki dana untuk membayar pajak harta warisan (*estate taxes*) yang dikenakan setelah mereka meninggal.

3. Asuransi Jiwa Seumur Hidup Gabungan (*Joint Whole Life Insurance*)

Jenis asuransi ini memiliki fitur dan manfaat yang sama seperti asuransi jiwa seumur hidup untuk individu kecuali bahwa asuransi ini menanggung dua jiwa dalam polis yang sama, seringkali disebut *first-to-die life insurance* karena setelah kematian salah seorang dari Tertanggung, manfaat kematian dalam polis akan dibayarkan kepada Tertanggung yang masih hidup dan pertanggungan polis berakhir.

• • •

Asuransi Jiwa Dwiguna (*Endowment Insurance*)

Jenis asuransi ini memberikan suatu jumlah manfaat tertentu apakah Tertanggung hidup sampai akhir jangka waktu pertanggungan atau meninggal selama jangka waktu pertanggungan. Setiap polis asuransi jiwa dwiguna memiliki tanggal jatuh tempo (*maturity date*), yaitu tanggal pembayaran uang pertanggungan oleh perusahaan asuransi kepada pemegang polis jika Tertanggung masih hidup. Tanggal jatuh tempo akan tercapai (1) pada akhir suatu jangka waktu yang telah ditetapkan, atau (2) ketika Tertanggung mencapai usia yang telah ditetapkan. Sebagai contoh, tanggal jatuh tempo untuk polis Asuransi Jiwa Dwiguna berjangka 20 tahun adalah 20 tahun setelah tanggal berlakunya polis; tanggal jatuh tempo untuk polis Asuransi Dwiguna pada usia 65 tahun adalah ketika Tertanggung mencapai usia 65 tahun. Apabila Tertanggung meninggal sebelum tanggal jatuh tempo, maka perusahaan asuransi membayar uang pertanggungan polis kepada *beneficiary* yang ditunjuk. Jadi, polis Asuransi Dwiguna membayar suatu manfaat yang pasti baik apakah Tertanggung masih hidup sampai tanggal jatuh tempo polis atau meninggal sebelum tanggal jatuh tempo tersebut. Polis asuransi dwiguna memiliki banyak fitur. Sebagai contoh, premi biasanya tetap (level) selama jangka waktu polis, meskipun pemegang polis dapat membeli sebuah polis asuransi dwiguna dengan premi tunggal (*single premium*) atau dengan beberapa kali pembayaran premi. Polis asuransi dwiguna ini dapat menghasilkan nilai tunai. Cadangan (*reserve*) dan nilai tunai dari polis Asuransi Dwiguna biasanya akan sama dengan uang pertanggungan polis pada tanggal jatuh tempo polis biasanya jauh lebih cepat daripada ketika Tertanggung mencapai usia 99 atau 100 tahun. Akibatnya, nilai tunai polis ini terbentuk jauh lebih cepat daripada nilai tunai polis asuransi jiwa seumur hidup. Asuransi pendidikan termasuk jenis asuransi dwiguna.

Asuransi *Unit Link*

Di Indonesia ada beberapa perusahaan yang menggabungkan produk asuransi dengan produk investasi. Produk ini dikenal dengan nama *unit link* dan mulai dipasarkan pada tahun 1998. *Unit link* merupakan produk "*two in one*". Premi yang dibayarkan akan dialokasikan ke dalam dua mekanisme pengelolaan yang terpisah yaitu pengelolaan premi dasar untuk kepentingan proteksi dan pengelolaan premi investasi. Premi Investasi dikelola oleh *manager* investasi atau ahli investasi perusahaan. Dengan membeli produk *unit link*, seorang Tertanggung dapat memperoleh manfaat perlindungan asuransi sekaligus berinvestasi Produk *unit link* di Indonesia umumnya diselenggarakan oleh perusahaan-perusahaan asuransi jiwa.

Dibandingkan dengan produk asuransi jiwa dwiguna, produk *unit link* memberikan Tertanggung kebebasan untuk memilih jenis instrumen investasi yang dinginkan dengan hasil nilai tunai (nilai polis) yang bervariasi. Jenis *instrument* investasi yang dapat dipilih dalam *unit link* antara lain investasi dalam pasar uang, obligasi dan saham. Setiap pilihan jenis instrumen investasi memiliki risiko dan keuntungan yang berbeda. Berdasarkan SK Menteri Keuangan 481/KMK.017/1999 pasal 11 ayat 1 menjelaskan bahwa risiko investasi tersebut sepenuhnya ditanggung pemegang polis.

Beberapa gambaran kerja *unit link*:

1. Premi akan Masuk ke Instrumen Investasi yang Sudah Dipilih Sebelumnya

   Premi tersebut akan dipotong guna membayar sejumlah biaya, salah satunya adalah biaya akuisisi di tahun awal. Setelah itu, premi tersebut akan menghasilkan nilai polis. Dengan demikian, premi dibayarkan ke perusahaan asuransi.

2. Biaya Administrasi (Biaya Asuransi dan Tambahan) Adalah Nilai Polis dari Hasil Investasi

   Biaya proteksi asuransi dibayarkan dari hasil investasi. Terdapat 2 cara yang dilakukan dalam proses pemotongan *unit link*, yang pertama, pembayaran biaya akuisisi melalui pemotongan premi secara langsung (pada periode awal polis) dan Kedua, biaya asuransi dibayarkan dari nilai investasi yang dipotong secara rutin (selama polis masih hidup).

3. Nilai Polis yang Dapat Dicairkan

   Jika semua biaya tersebut sudah terbayarkan, sisa dari nilai polis itu

dapat menjadi bagian yang dapat dicairkan oleh Tertanggung dan dapat digunakan untuk dana pensiun.

4. Nilai Polis akan Tetap Aktif Selama Nilai Polis Cukup untuk Membayar Biaya Proteksi Asuransi

   Jika nilai polis tidak mencukupi, maka secara otomatis proteksi asuransi akan terhenti, dan keadaan ini biasanya disebut sebagai polis lapse. Menindaklanjuti hal ini, perusahaan asuransi akan menghubungi nasabah yang bersangkutan sebagai pemegang polis agar melakukan *top up* atau penambahan dana atau membayar biaya lagi diluar premi rutin yang telah dibayarkan sebelumnya, sebelum terjadi polis *lapse*.

Berdasarkan cara pembayaran premi asuransi, *unit link* dikelompokkan menjadi dua macam yaitu:

- Premi Tunggal, yaitu premi hanya dibayarkan sekaligus di awal, dan konsumen tidak perlu membayar premi di kemudian hari selama nilai tunai mencukupi. Skema pembayaran premi tunggal ini lebih cocok bagi seseorang yang telah memiliki kemampuan finansial yang mapan karena nilai premi yang dibayarkan tergolong besar. Pada umumnya jenis pembayaran premi secara tunggal ini merupakan produk asuransi yang lebih mengutamakan pada perkembangan nilai investasi, dimana alokasi untuk investasinya akan lebih tinggi dibandingkan produk asuransi lainnya. Selain itu, kelebihan lain yang dimiliki yaitu jangka waktu pembayaran premi lebih pendek dibandingkan dengan premi berkala.
- Premi Berkala, yaitu konsumen membayar premi secara bertahap. Pembayaran premi dapat dilakukan secara bulanan, triwulanan, atau tahunan hingga kurun waktu tertentu. Jenis asuransi *unit link* ini cocok untuk konsumen yang memiliki dana yang terbatas. Dana investasi biasanya tidak dapat ditarik selama kurun waktu tertentu, karena pada awal tahun premi dialokasikan untuk biaya akuisisi. Biaya akuisisi ini sebagian besar dipergunakan untuk komisi agen dan perusahaan asuransi. Selanjutnya pada tahun-tahun berikutnya, premi yang dibayarkan akan dialokasikan untuk biaya akuisisi dan juga untuk investasi. Pada umumnya, jenis pembayaran premi secara berkala memiliki proposisi untuk kebutuhan proteksi sehingga pihak asuransi akan memberikan beberapa produk asuransi tambahan (*rider*) yang dapat memenuhi kebutuhan nasabah sesuai kebutuhannya.

Simulasi Perhitungan Premi Asuransi Jiwa

Sebuah perusahaan asuransi secara sederhana melakukan perhitungan besarnya suatu premi. Mereka membuat beberapa asumsi besaran biaya untuk 1 periode. Misalnya dalam setahun perusahaan asuransi mengeluarkan biaya Rp10.000.000,00 untuk kegiatan operasional seperti, mencetak polis, biaya untuk menagih premi, biaya admin, dan biaya lainnya yang berhubungan dengan kegiatan perusahaan dalam melakukan usahanya tersebut.

Misal dalam asuransi tersebut terdapat anggota dengan jumlah 500 orang dan berdasarkan hasil dari perhitungan tahun-tahun sebelumnya maka didapatkan dalam satu tahun akan ada 3 orang yang meninggal dunia. Di mana setiap anggota akan mendapatkan uang santunan sebesar Rp10.000.000,00 jika ada yang meninggal dunia.

Maka, didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Biaya operasional selama 1 tahun Rp10.000.000,00 dibagi kepada 500 orang anggota. Maka didapat Rp20.000,00 per orang anggota selama 1 tahun.
2. Diasumsikan akan ada yang meninggal dunia sebanyak 3 orang dalam setahun, maka perusahaan asuransi harus menyiapkan dana Rp30.000.000,00 untuk membayar klaim per tahun.
3. Dana Rp30.000.000 yang harus disiapkan oleh perusahaan asuransi dibagi kepada 500 orang anggota, jadi Rp60.000,00 harus dibayarkan oleh masing-masing anggota.
4. Besarnya premi yang harus dibayarkan oleh setiap anggota adalah Rp20.000,00 ditambah Rp60.000,00 untuk periode satu tahun. Kelemahan dari metode yang diterapkan oleh perusahaan asuransi ini adalah iuran yang harus dibayarkan sama besar untuk anggota tua dan muda, padahal tingkat risiko yang dimiliki berbeda. Untuk mengantisipasi hal tersebut, maka dibuatlah tabel mortalitas, yaitu risiko meninggal dunia yang dihadapi dari setiap anggota yang berdasarkan pada tingkat probabilitas anggota tersebut meninggal dalam tahun itu. Dari tabel mortalitas, kita ketahui jumlah orang yang mungkin meninggal dalam setahun menurut kelompok umur masing-masing. Dengan demikian, dari 500 orang peserta tersebut dikelompokkan menjadi beberapa kelompok berdasarkan usia dari masing-masing peserta dan perhitungan preminya pun disesuaikan sebagaimana Tabel 6.

Usia 30 tahun memiliki peluang kematian 1,37/1000, yang kemudian peluang kematian tersebut akan dikalikan dengan jumlah uang santunan yang akan diterima. Jadi, (1,37/1000) x Rp10.000.000,00 dan akan diperoleh angka Rp13.700,00.

Sehingga premi yang seharusnya dibayarkan dengan pedoman tabel mortalitas adalah Rp20.000,00 ditambah Rp13.700,00 sama dengan Rp33.700,00.

Dalam tabel mortalitas tersebut angka 1,37/1000 memiliki pengertian bahwa dari 1000 orang yang berusia 30 tahun diasumsikan memiliki peluang untuk meninggal dunia adalah 1,37 orang. Di mana angka tersebut didapatkan dari data perhitungan statistika selama bertahun-tahun yang dilakukan untuk mengetahui peluang meninggal dunianya seseorang berdasarkan usia.

Tabel 6 Mortalitas Indonesia (TM I-II)

Usia [X]	Jumlah Awal [lx]	Jumlah Meninggal [dx]	Peluang Kematian [qx]
30	989.770	1.356	1,37
31	988.414	1.374	1,39
32	987.040	1.402	1,42
33	985.638	1.449	1,47
34	984.189	1.525	1,55
35	982.664	1.612	1,64
36	981.052	1.717	1,75
37	979.335	1.841	1,88
38	977.494	1.965	2,01
39	975.529	2.088	2,14
40	973.442	2.210	2,27
41	971.232	2.350	2,42
42	968.882	2.509	2,59
43	966.372	2.706	2,80
44	963.666	2.939	3,05
45	960.727	3.247	3,38
46	957.480	3.629	3,79

BAB 6

ALUR PROSES PERASURANSIAN

Tujuan Pembahasan:

1. Memberikan informasi kepada pembaca mengenai proses penutupan asuransi dan klaim termasuk dokumen dan hal-hal yang perlu diperhatikan.
2. Memperkenalkan lembaga resmi yang dapat digunakan pembaca ketika terjadi sengketa termasuk fungsi dari lembaga tersebut.

Penutupan Asuransi

Penutupan asuransi adalah suatu proses transaksi asuransi yang didahului oleh adanya permohonan dari Tertanggung kepada Penanggung untuk memberikan perlindungan atas risiko tertentu dengan membayar sejumlah premi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penutupan asuransi

1. Produk yang dipilih adalah sesuai dengan kebutuhan, bukan karena tertarik kepada promo dan hadiah yang ditawarkan atau karena terpaksa.
2. Pastikan agen asuransi yang dipilih adalah agen yang profesional dan memiliki sertifikasi keagenan serta mau dan mampu mengurus keperluan asuransi kita ke depan.
3. Mengenal lebih banyak tentang kapasitas perusahaan asuransi yang akan dipilih terutama dari pelayanan klaim, bisa melalui internet atau dari informasi kerabat dan teman. Carilah perusahaan yang sehat, yaitu perusahaan yang memiliki rasio *Risk Based Capital* (RBC) diatas 120%.

4. Ketika sudah memilih produk dan perusahaan, pastikan mengisi data di Surat Permohonan Penutupan Asuransi (SPPA) atau Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) dengan lengkap, jujur dan jelas dan tidak menandatangani SPPA atau SPAJ dalam kondisi kosong.
5. Tanyakan secara rinci mengenai manfaat yang diberikan, kondisi yang dipersyaratkan dan pengecualian jaminannya yang sering menjadi alasan penolakan pengajuan klaim oleh pihak perusahaan perasuransian.
6. Pastikan periode yang diperkenankan dalam pembayaran premi, jangan sampai terjadi hutang premi pada saat terjadinya kerugian sehingga mengakibatkan klaim tidak dibayar. Biasanya diperkenankan 14 hari setelah tanggal jaminan yang tercantum dalam polis kecuali asuransi jiwa yang menggunakan *cash basis*.
7. Jika polis sudah diterima, baca dengan teliti polis beserta semua lampiran yang sudah diterima. Bila tidak sesuai dengan yang disampaikan oleh agen maka polis dapat dibatalkan atau dilakukan perubahan.

• • •

Gambar di samping adalah contoh Surat Permohonan Penutupan Asuransi (SPPA) dan Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) serta polis asuransi. Polis itu berisi tentang apa saja yang dijamin dan tidak dijamin oleh perusahaan asuransi, sedangkan SPPA/ SPAJ surat permohonan dari Tertanggung kepada Penanggung yang memuat data-data tentang Tertanggung, objek pertanggungan, dan jenis pertanggungan. SPPA/ SPAJ merupakan bagian yang tak terpisahkan dari polis asuransi.

Dokumen Penutupan Asuransi

SPPA

SURAT PERMOHONAN PENUTUPAN ASURANSI **KECELAKAAN PRIBADI**	

NO. POLIS:	JENIS PERTANGGUNGAN	KODE RISIKO	JUMLAH PERTANGGUNGAN	TARIF PREMI
Tgl. Berlaku :	1. Meninggal Dunia	A		
Dari :	2. Cacat Tetap	B		
Sampai :	3. Cacat Sementara	C		
(Jam: 12.00)	4. Biaya Pengobatan	D		

Nama Lengkap Tertanggung	:		
Alamat Rumah Tertanggung	:		
Tempat dan Tanggal Lahir	:		
Jenis Kelamin	:	□ Pria	□ Wanita
Status	:	□ Menikah	□ Belum Menikah
Pekerjaan (Uraikan Secara Ringkas)	:		

SPAJ

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA

No Ref: ....

Diisi dengan tinta warna hitam, huruf cetak dan jelas; Berikan tanda √ pada kotak jawaban yang sesuai

1. Data Pribadi

Apabila Calon Tertanggung adalah orang yang sama dengan Calon Pemegang Polis maka isi kolom Calon Tertanggung saja.

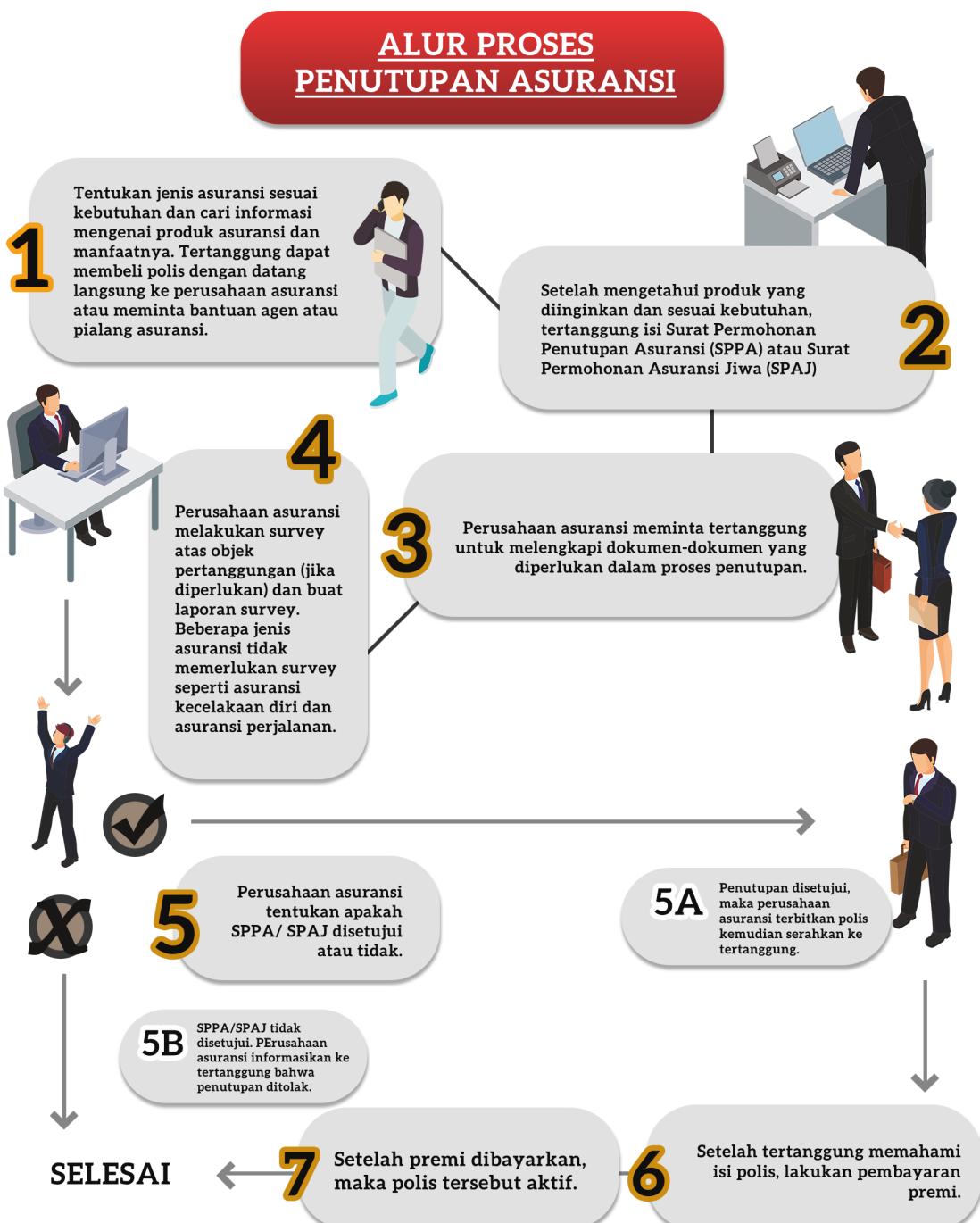
		Calon Pemegang Polis	Calon Tertanggung
1.	Nama Lengkap		
2.	Tempat & Tanggal Lahir		
3.	Jenis Kelamin	□ Laki-laki □ Perempuan	□ Laki-laki □ Perempuan
4.	Agama/ Keyakinan		
5.	Alamat Tempat Tinggal Saat ini Kode Pos Telepon/ Handphone Email	....	....
6.	Nomor Identitas Diri	.... □ KTP □ SIM □ Passpor	.... □ KTP □ SIM □ Passpor
7.	Pekerjaan		

Gambar 15 SPPA dan SPAJ

Polis Asuransi

POLIS STANDAR
ASURANSI KENDARAAN BERMOTOR INDONESIA

Bahwa Tertanggung telah mengajukan suatu permohonan tertulis yang menjadi dasar dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Polis ini, Penanggung akan memberikan ganti rugi kepada Tertanggung terhadap kerugian atas dan atau kerusakan pada Kendaraan Bermotor dan atau kepentingan yang dipertanggungkan, berdasarkan pada syarat dan kondisi yang dicetak, dicantumkan, dilekatkan dan atau dibuatkan endorsemen pada Polis ini.

B A B I
J A M I N A N

PASAL 1
JAMINAN TERHADAP KENDARAAN BERMOTOR

Pertanggungan ini menjamin :

1. Kerugian dan atau kerusakan pada Kendaraan Bermotor dan atau kepentingan yang dipertanggungkan yang secara langsung disebabkan oleh :
   - 1.1. tabrakan, benturan, terbalik, tergelincir, atau terperosok;
   - 1.2. perbuatan jahat;
   - 1.3. pencurian, termasuk pencurian yang didahului atau disertai atau diikuti dengan kekerasan ataupun ancaman kekerasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 362, 363 ayat (3), (4), (5) dan Pasal 365 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana;
   - 1.4. kebakaran, termasuk :
     - 1.4.1. kebakaran akibat kebakaran benda lain yang berdekatan atau tempat penyimpanan Kendaraan Bermotor;
     - 1.4.2. kebakaran akibat sambaran petir;

Gambar 16 Polis Asuransi

Prosedur Penutupan Asuransi

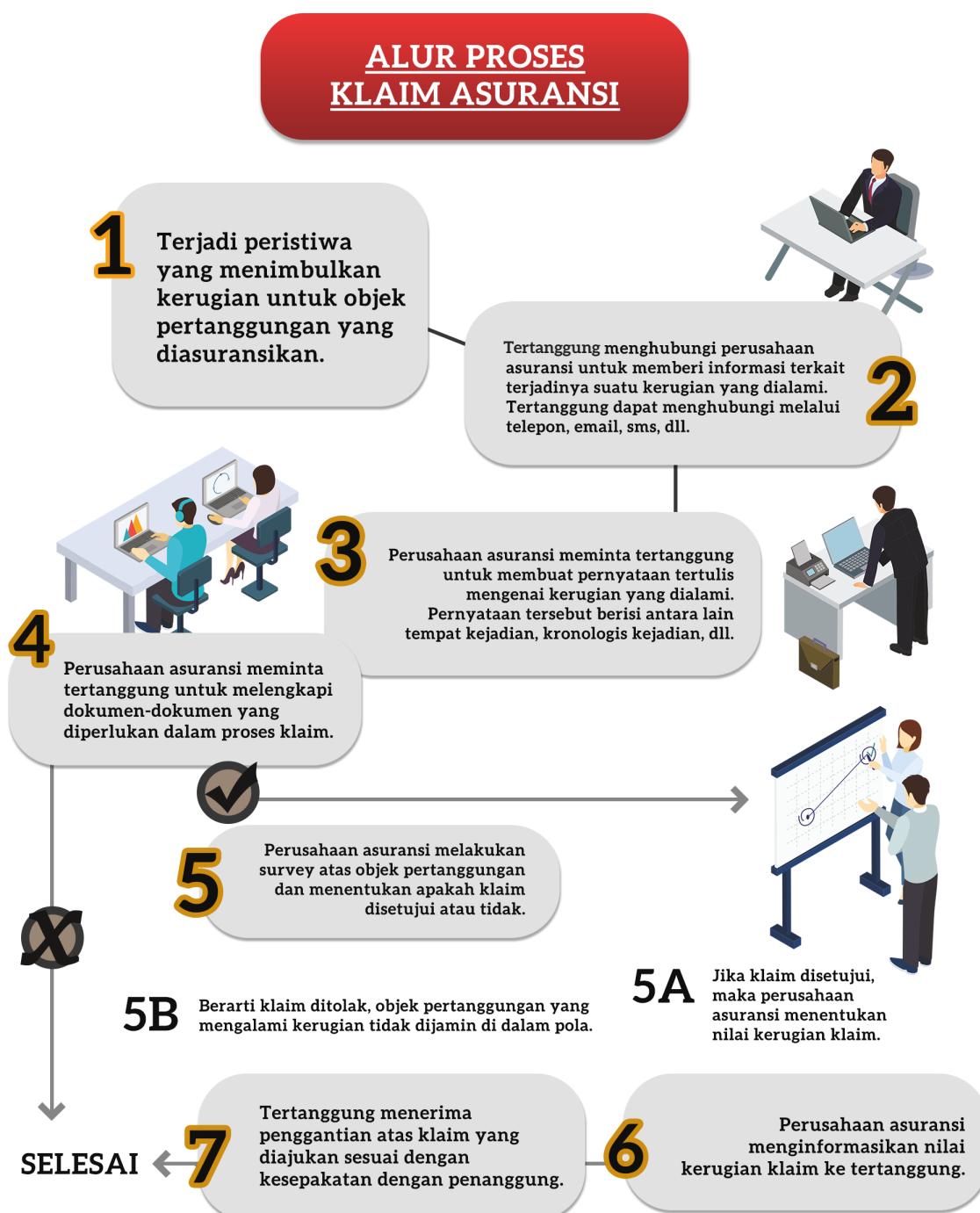
Gambar 17 Prosedur Penutupan Asuransi

Klaim Asuransi

Klaim adalah tuntutan dari pihak Tertanggung sehubungan dengan adanya kontrak perjanjian antara asuransi dengan pihak Tertanggung yang masing-masing pihak mengikatkan diri untuk menjamin pembayaran ganti rugi oleh Penanggung jika pembayaran premi asuransi telah dilakukan oleh pihak Tertanggung, ketika terjadi musibah yang diderita oleh pihak Tertanggung.

Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan Dalam Mengajukan Klaim Asuransi

Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh Tertanggung dalam pengajuan klaim asuransi adalah sebagai berikut:

1. Segera memberitahu/ melaporkan kejadian kecelakaan klaim kepada Penanggung atau agen/ pialang yang membantu pada saat penut-upan. Laporan dapat dilakukan tertulis maupun tidak tertulis. Jika pemberitahuan secara tidak tertulis, hendaknya diikuti dengan pemberitahuan tertulis sebagai persyaratan dokumen klaim.
2. Melakukan tindakan pengamanan atas objek pertanggungan yang mengalami musibah sebagai usaha untuk memperkecil atau mencegah meluasnya kerusakan/ kerugian yang terjadi.
3. Membuat foto dokumentasi atas objek pertanggungan yang mengalami kerusakan.
4. Melaporkan musibah tersebut kepada pihak yang berwajib atau pihak yang berwenang setempat.
5. Dalam hal terjadi kerusakan tidak melakukan perbaikan apapun tanpa persetujuan Penanggung terlebih dahulu.
6. Membantu Penanggung atau pihak yang mewakili Penanggung seperti penilai kerugian atau *surveyor* dalam rangka melakukan survei klaim.

Dokumen Klaim

Persyaratan polis tidak menyebutkan atau menjelaskan dengan tepat dokumen apa saja yang harus dilampirkan oleh Tertanggung untuk mendukung suatu klaim yang sedang diajukannya, hanya secara luas menyebutkan "*Sepanjang keadaan memungkinkan segera memberikan kepada Penanggung segala sesuatu yang mungkin diperlukan oleh Penanggung untuk penyelesaian klaim tersebut*."

Dokumen pendukung klaim ini tergantung dari sifat kerugian yang dideritanya. Berikut dokumen yang wajib dilengkapi pada saat pengajuan klaim:

1. Polis asli berikut *endorsement* (jika ada);
2. Perincian kerugian berikut besarnya jumlah nilai tuntutan ganti rugi;
3. Foto mengenai kerusakan/ kerugian yang terjadi;
4. Dalam hal klaim atas kejadian bencana alam, maka Tertanggung melampirkan surat keterangan dari instansi terkait yang berwenang mengenai kejadian tersebut;
5. Dalam hal klaim atas kejadian pencurian, maka Tertanggung melampirkan surat keterangan dari yang berwajib (laporan polisi) kartu *stock*/ persediaan termasuk faktur pembelian; dan
6. Dokumen-dokumen lain yang diperlukan/ diminta oleh Penanggung secara wajar.

ALUR PROSES KLAIM ASURANSI

1 Terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian untuk objek pertanggungan yang diasuransikan.

2 Tertanggung menghubungi perusahaan asuransi untuk memberi informasi terkait terjadinya suatu kerugian yang dialami. Tertanggung dapat menghubungi melalui telepon, email, sms, dll.

3 Perusahaan asuransi meminta tertanggung untuk membuat pernyataan tertulis mengenai kerugian yang dialami. Pernyataan tersebut berisi antara lain tempat kejadian, kronologis kejadian, dll.

4 Perusahaan asuransi meminta tertanggung untuk melengkapi dokumen-dokumen yang diperlukan dalam proses klaim.

5 Perusahaan asuransi melakukan survey atas objek pertanggungan dan menentukan apakah klaim disetujui atau tidak.

5A Jika klaim disetujui, maka perusahaan asuransi menentukan nilai kerugian klaim.

5B Berarti klaim ditolak, objek pertanggungan yang mengalami kerugian tidak dijamin di dalam pola.

6 Perusahaan asuransi menginformasikan nilai kerugian klaim ke tertanggung.

7 Tertanggung menerima penggantian atas klaim yang diajukan sesuai dengan kesepakatan dengan penanggung.

SELESAI

Gambar 18 Prosedur Penanganan Klaim

Penyelesaian Sengketa Klaim

Untuk menyelesaikan sengketa klaim asuransi antara Tertanggung dan Penanggung yang seringkali terjadi maka OJK secara resmi membentuk Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) untuk setiap industri keuangan. Industri asuransi telah memiliki LAPS yang dikenal dengan Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI).

• • •

Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS)

LAPS adalah lembaga yang melakukan penyelesaian sengketa di luar pengadilan. OJK menetapkan LAPS berdasarkan POJK Nomor 1/POJK.07/2014 tentang LAPS. POJK ini dibuat sebagai bentuk perlindungan terhadap konsumen sesuai amanat Undang-undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan. POJK tersebut dikeluarkan pada 23 Januari 2014. Adapun latar belakang pembentukan Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa adalah seringnya tidak tercapai kesepakatan antara Konsumen dengan Lembaga Jasa Keuangan. Karena itu diperlukan Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang mampu menyelesaikan persengketaan dengan cepat, murah, adil, dan efisien.

• • •

Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI)

Indonesia telah memiliki badan khusus untuk penyelesaian sengketa klaim yang dikenal dengan BMAI. Secara resmi BMAI didirikan pada tanggal 12 Mei 2006 dan mulai beroperasi pada tanggal 25 September 2006. Pendiriannya ini sejalan dengan Surat Keputusan Bersama empat Menteri yaitu:

a. Menteri Koordinator Bidang Perekonomian No.KEP.45/M.EKON/07/2006
b. Gubernur Bank Indonesia No.8/50/KEP.GBI/ 2006
c. Menteri Keuangan No.357/KMK.012/2006
d. Menteri Negara Badan Usaha Milik Negara No.KEP-75/MBU/2006 Tentang Paket Kebijakan Sektor Keuangan yang ditetapkan di Jakarta tanggal 5 Juli 2006. Juga sejalan dengan ketentuan Lampiran III Lembaga Keuangan Non-Bank poin 3 program 3 tentang Perlindungan Pemegang Polis dengan Penanggung Jawab Kementerian Keuangan RI.

BMAI didirikan dengan tujuan untuk memberikan pelayanan yang profesional dan transparan yang berbasis pada kepuasan dan perlindungan serta penegakan hak-hak Tertanggung atau pemegang polis melalui proses mediasi dan ajudikasi. BMAI dibentuk dengan tujuan untuk memberikan representasi yang seimbang antara Tertanggung dan/ atau pemegang polis dan Penanggung (perusahaan asuransi). Tertanggung atau pemegang polis yang tidak menyetujui penolakan tuntutan ganti rugi atau manfaat polisnya oleh Penanggung (perusahaan asuransi) dapat meminta bantuan BMAI untuk menyelesaikan sengketa antara mereka. BMAI senantiasa berupaya untuk menyelesaikan sengketa klaim asuransi secara lebih cepat, adil, murah dan informal.

BMAI adalah suatu lembaga yang mudah diakses masyarakat Tertanggung atau pemegang polis. Melalui proses mediasi dan ajudikasi BMAI membantu menyelesaikan sengketa klaim (tuntutan ganti rugi/ manfaat) dan memberikan solusi yang mudah bagi Tertanggung atau pemegang polis yang kurang memahami asuransi dan kurang mampu untuk menyelesaikan suatu perkara melalui pengadilan negeri, apalagi membayar biaya bantuan hukum yang mahal. BMAI mengupayakan penyelesaian sengketa klaim secara lebih cepat, adil, murah dan informal.

Tertanggung atau pemegang polis harus mengisi dengan lengkap Formulir Permohonan Penyelesaian Sengketa (FPPS) yang disediakan BMAI dan menyampaikannya kepada BMAI, untuk digunakan sebagai dasar melakukan investigasi atas suatu sengketa.

Untuk proses mediasi dan ajudikasi, nilai tuntutan ganti rugi atau manfaat polis yang dipersengketakan tidak melebihi Rp750.000.000,00 per klaim untuk asuransi kerugian/ umum dan Rp500.000.000,00 per klaim untuk asuransi jiwa atau asuransi jaminan sosial.

Penyelesaian sengketa klaim (tuntutan ganti rugi/ manfaat) dilakukan oleh BMAI dalam 3 (tiga) bagian yaitu: tahap mediasi, tahap ajudikasi, serta tahap arbitrase.

1. Mediasi: permohonan penyelesaian sengketa klaim asuransi yang diterima BMAI akan ditangani oleh Mediator yang akan berupaya agar Tertanggung atau pemegang polis dan Penanggung (perusahaan asuransi) dapat mencapai kesepakatan untuk menyelesaikan sengketa secara damai dan wajar bagi kedua belah pihak. Mediator akan bertindak sebagai penengah antara Tertanggung atau pemegang polis (Pemohon) dan Penanggung atau perusahaan asuransi (Termohon).
2. Ajudikasi: bila sengketa klaim (tuntutan ganti rugi atau manfaat) tidak dapat diselesaikan melalui mediasi (tahap 1), maka pihak Pemohon dapat mengajukan permohonan kepada Ketua BMAI agar sengketanya dapat diselesaikan melalui proses ajudikasi. Sengketa akan diputuskan oleh Majelis Ajudikasi yang ditunjuk oleh BMAI.
3. Arbitrase: atas sengketa klaim yang tidak dapat diselesaikan pada proses mediasi atau ajudikasi dan yang nilai sengketanya melebihi batas nilai tuntutan ganti rugi dilakukan proses arbitrase. Sengketa klaim akan diperiksa dan diadili oleh Arbiter Tunggal atau Majelis Arbitrase. Keputusan arbitrase bersifat final dan mengikat para pihak dan tidak dapat dimintakan banding, kasasi atau upaya hukum lainnya.

• • •

BAB 7

PELAKU DAN ASOSIASI PERASURANSIAN

Tujuan Pembahasan:

1. Memberikan informasi kepada pembaca mengenai perusahaan asuransi dan reasuransi serta penunjang asuransi.
2. Memberikan gambaran hubungan kerjasama perusahan asuransi dan reasuransi serta penunjang asuransi.
3. Memberikan informasi kepada pembaca mengenai organisasi perasuransian yang ada di dunia dan di Indonesia termasuk peran organisasi tersebut dalam dunia perasuransian di Indonesia.

Perusahaan Asuransi dan Reasuransi

Perusahaan asuransi dapat dibedakan menjadi:

1. Perusahaan Asuransi Kerugian adalah perusahaan yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko atas kerugian, kehilangan manfaat, dan tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga, yang timbul dari peristiwa yang tidak pasti.
2. Perusahaan Asuransi Jiwa adalah perusahaan yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko yang dikaitkan dengan hidup atau meninggalnya seseorang yang dipertanggungkan.
3. Perusahaan Reasuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa dalam pertanggungan ulang terhadap risiko yang dihadapi oleh Perusahaan Asuransi Kerugian dan/atau Perusahaan Asuransi Jiwa.

Peran Perusahaan Asuransi

Perusahaan asuransi memiliki fungsi sebagai berikut:

1. *Risk Transfer*

   Fungsi utama dari perusahaan asuransi adalah menjalankan mekanisme pemindahan risiko. Mekanisme pemindahan risiko ini membuat suatu perusahaan mendapatkan kepastian untuk kerugian yang sebenarnya belum pasti sehingga pimpinan perusahaan tersebut dapat berkonsentrasi untuk mengembangkan perusahaan untuk meningkatkan perolehan keuntungan.

2. *Creation of Common Pool*

   Dengan menerima permi dari sejumlah besar Tertanggung, perusahaan asuransi harus membentuk sebuah kumpulan dana dengan jenis risiko yang sama untuk menyediakan perlindungan kerugian yang ditimbulkan atas risiko tersebut.

3. *Equitable Premiums*

   Perusahaan asuransi harus memastikan premi yang harus dibayar oleh Tertanggung sesuai dengan tingkat risiko yang dimiliki. Jumlah premi yang terlalu besar dapat menyebabkan perusahaan asuransi kehilangan bisnis karena Tertanggung memilih perusahaan pesaing, sedangkan jika jumlah premi terlalu sedikit dapat menyebabkan perusahaan asuransi tidak mendapatkan dana yang cukup untuk melakukan pembayaran klaim.

4. *Reduction of Loss*

   Perusahaan asuransi berfungsi untuk membantu perkembangan perekonomian melalui usaha-usaha yang dilakukan guna meminimalkan kemungkinan terjadinya suatu risiko, menurunkan tingkat kerugian atau membatasi kerugian yang terjadi. Hal ini dilakukan dengan melaksanakan survei dan penelitian atas risiko-risiko yang dijamin, melakukan pemetaan risiko berdasarkan tingkat kerugian yang mungkin timbul, memberikan edukasi kepada Tertanggung terkait cara-cara pencegahan terjadinya kerugian, membebankan risiko sendiri kepada Tertanggung, dan lain-lain.

5. *Assistance to Business Enterprise*

   Asuransi berfungsi untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan usaha melalui pemberian jaminan atas risiko-risiko kerugian yang mungkin diderita oleh penanam modal maupun pengelola usaha itu sendiri. Dengan kata lain, dengan membeli asuransi, penanam modal dalam suatu usaha tidak perlu mencemaskan kemungkinan kehilangan investasi saat terjadi bencana dan bagi pengelola usaha, dengan membayar premi asuransi yang jumlahnya relatif kecil, tidak perlu mencadangkan dana yang relatif besar untuk risiko kerugian yang mungkin diderita.

6. *Insurance Investment*

   Perusahaan asuransi berfungsi untuk mengelola dana premi yang terkumpul dengan cara menginvestasikannya agar dana tersebut produktif dan memberikan profit bagi perusahaan. Dari kegiatan investasi yang dilakukan, perusahaan asuransi secara tidak langsung ikut menunjang pembangunan nasional dan keuntungan yang diperoleh dari kegiatan investasi tersebut merupakan salah satu unsur yang diperhitungkan dalam penetapan premi.

7. *Invisible Export*

   Perusahaan asuransi berfungsi sebagai penjual asuransi keluar negeri maupun sebagai pihak yang menempatkan atau mengalihkan sebagian risiko-risiko dalam negeri khususnya risiko yang kurang menguntungkan, keluar negeri dalam bentuk *treaty* maupun *facultative*. Kegiatan pengalihan risiko keluar negeri tersebut dapat dikategorikan sebagai kegiatan *export* karena menghasilkan devisa bagi negara dan disebut *invisible export* karena komoditas yang diekspor berupa data-data risiko.

• • •

Peran Perusahaan Reasuransi

Perusahaan reasuransi memiliki peran yang sangat penting dalam perasuransian, di mana perusahaan tersebut berperan menerima risiko yang dialokasikan oleh perusahaan asuransi baik melalui metode reasuransi *treaty* maupun *facultative*.

• • •

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jaminan kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yaitu jaminan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar seluruh rakyat Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Kehadiran BPJS Kesehatan memiliki peran sentral dalam mewujudkan sistem jaminan sosial nasional bidang kesehatan. Hal ini mengingat BPJS Kesehatan, secara mendasar melakukan pembenahan terhadap sistem pembiayaan kesehatan yang saat ini masih didominasi oleh *out of pocket payment*, mengarah kepada sistem pembiayaan yang lebih tertata berbasiskan asuransi kesehatan sosial.

Tugas BPJS Kesehatan

Dalam menjalankan fungsinya, BPJS Kesehatan memiliki tugas antara lain:

1. Melakukan dan/ atau menerima pendaftaran Peserta;
2. Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
3. Menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;

5. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
6. Membayarkan Manfaat dan/ atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Visi dan Misi BPJS Kesehatan

Berikut merupakan Visi dan Misi yang telah dibahas, dikaji dan disetujui oleh Direksi dan Dewan Pengawas sejalan dengan pengesahan Rencana Jangka Panjang BPJS Kesehatan tahun 2014-2019.

1. VISI

BPJS Kesehatan adalah "CAKUPAN SEMESTA 2019". Berdasarkan Visi tersebut maka BPJS Kesehatan dimaknai bahwa paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

2. MISI

a. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
b. Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
c. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
d. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
e. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan

evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.

f. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

Asas dan Prinsip BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasarkan asas:

1. Kemanusiaan yaitu asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia;
2. Manfaat yaitu asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif;
3. Asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yaitu asas yang bersifat adil.

Selain berdasarkan asas-asas tersebut di atas, BPJS Kesehatan menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

1. Prinsip kegotongroyongan yaitu prinsip kebersamaan antar Peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap Peserta membayar Iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya;
2. Prinsip nirlaba yaitu prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan Manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh Peserta;
3. Prinsip keterbukaan yaitu prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap Peserta;
4. Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib;
5. Prinsip akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan;
6. Prinsip portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun Peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia;

7. Prinsip kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi Peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap;
8. Prinsip dana amanat adalah bahwa Iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari Peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan Peserta Jaminan Sosial;
9. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Sejarah BPJS Kesehatan

Usaha-usaha untuk menyelenggarakan suatu sistem jaminan kesehatan masyarakat telah dilakukan oleh pemerintah sejak lama. Bentuk nyata dari usaha tersebut antara lain terlihat dari pemberian jaminan kesehantan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) beserta keluarganya yang diselenggarakan oleh PT Askes (Persero). Selanjutnya dengan kehadiran PT Jamsostek (Persero), usaha pemberian jaminan kesehatan bagi pekerja sektor swasta juga telah mulai dirintis. Selain itu, untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Krisis moneter yang terjadi pada tahun 1998, menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang sangat mahal. Hal ini menyebabkan warga miskin mengalami kesulitan untuk mengakses kesehatan. Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) merupakan program terobosan dari pemerintah untuk menolong rakyat miskin dari kesakitan.

Pada tahun 2005 pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diselenggarakan dalam mekanisme asuransi kesehatan yang dikenal dengan Program Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (Askeskin). Atas pertimbangan pengendalian biaya kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan mekanisme pada tahun 2008 yang dikenal dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Untuk mengatasi hal itu, pada 2004, dikeluarkan Undang-Undang No.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jaminan Kesehatan yang dimaksud dalam Undang-undang SJSN tersebut ditujukan untuk seluruh rakyat Indonesia.

Dengan kehadiran program Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS tersebut, penyelenggaraan jaminan kesehatan yang selama ini dilakukan oleh beberapa institusi seluruhnya disatukan dibawah BPJS. Badan penyelenggara seperti Askes dan Jamsostek selanjutnya bertransformasi menjadi BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Secara umum tahapan terbentuknya dan transformasi BPJS Kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 19 Tahapan Transformasi BPJS Kesehatan

1. Tanggal 19 Oktober 2004

   UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) diundangkan. UU SJSN memberi dasar hukum bagi PT Jamsostek (Persero), PT Taspen (Persero), PT Asabri (Persero) dan PT Askes Indonesia (Persero) sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.13 UU SJSN memerintahkan penyesuaian semua ketentuan yang mengatur keempat Persero tersebut dengan ketentuan UU SJSN. Masa peralihan berlangsung paling lama lima tahun, yang berakhir pada 19 Oktober 2009.

2. Tanggal 31 Agustus 2005

   Mahkamah Konstitusi (MK) membacakan putusannya atas perkara nomor 007/PUU-III/2005 kepada publik pada 31 Agustus 2005. MK menyatakan bahwa Pasal 5 ayat (2), ayat (3) dan ayat (4) UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN yang menyatakan bahwa keempat Persero tersebut sebagai BPJS, dinyatakan bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 (UUD 1945) dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.

   Selanjutnya, MK berpendapat bahwa Pasal 52 ayat (2) UU SJSN tidak bertentangan dengan UUD 1945. Namun Pasal 52 ayat (2) hanya berfungsi untuk mengisi kekosongan hukum setelah dicabutnya Pasal 5 ayat (2), ayat (3) dan ayat (4) UU SJSN dan menjamin kepastian hukum karena belum ada BPJS yang memenuhi persyaratan agar UU SJSN dapat dilaksanakan.

   Dengan dicabutnya ketentuan Pasal 5 ayat (2), ayat (3) dan ayat (4) UU SJSN dan hanya bertumpu pada Pasal 52 ayat (2) maka status hukum PT (Persero) JAMSOSTEK, PT (Persero) TASPEN, PT (Persero) ASABRI, dan PT ASKES Indonesia (Persero) dalam posisi transisi. Akibatnya, keempat Persero tersebut harus ditetapkan kembali sebagai BPJS dengan sebuah Undang-Undang sebagai pelaksanaan ketentuan Pasal 5 ayat (1) UU SJSN: "Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang". Pembentukan BPJS ini dibatasi sebagai badan penyelenggara jaminan sosial nasional yang berada di tingkat pusat.

3. Tanggal 25 November 2011

   Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial diundangkan sebagai pelaksanaan ketentuan UU

SJSN Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 ayat (2) pasca Putusan Mahkamah Konstitusi atas Perkara No. 007/PUU-III/2005.

4. Tanggal 1 Januari 2014

   Pada 1 Januari 2014 Pemerintah mengoperasikan BPJS Kesehatan atas perintah UU BPJS. Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi, terjadi serangkaian peristiwa sebagai berikut:

   a. PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan;
   b. Semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi pegawai BPJS Kesehatan;
   c. Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Askes (Persero) setelah dilakukan audit oleh kantor akuntan publik;
   d. Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan pembuka BPJS Kesehatan dan laporan posisi keuangan pembuka dana jaminan kesehatan. Sejak BPJS Kesehatan beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional, terjadi pengalihan program-program pelayanan kesehatan perorangan kepada BPJS Kesehatan yaitu:
      1. Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas);
      2. Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya, yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden;
      3. PT Askes (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi PNS.
      4. PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan untuk pekerja sektor swasta.

Organ BPJS Kesehatan

Organ BPJS Kesehatan terdiri atas Dewan Pengawas dan Direksi.

1. DEWAN PENGAWAS

Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang profesional yang mencerminkan unsur-unsur pemangku kepentingan jaminan sosial, yaitu terdiri atas:

a. Dua orang unsur pemerintah;

b. Dua orang unsur pekerja;

c. Dua orang unsur pemberi kerja;

d. Satu orang unsur tokoh masyarakat.

Anggota Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Salah seorang dari anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas oleh Presiden. Anggota Dewan Pengawas diangkat untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diusulkan untuk diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya. Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, Dewan Pengawas bertugas untuk:

- Melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
- Melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
- Memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS;
- Menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan jaminan sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana tersebut di atas, Dewan Pengawas berwenang untuk:

a. Menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;

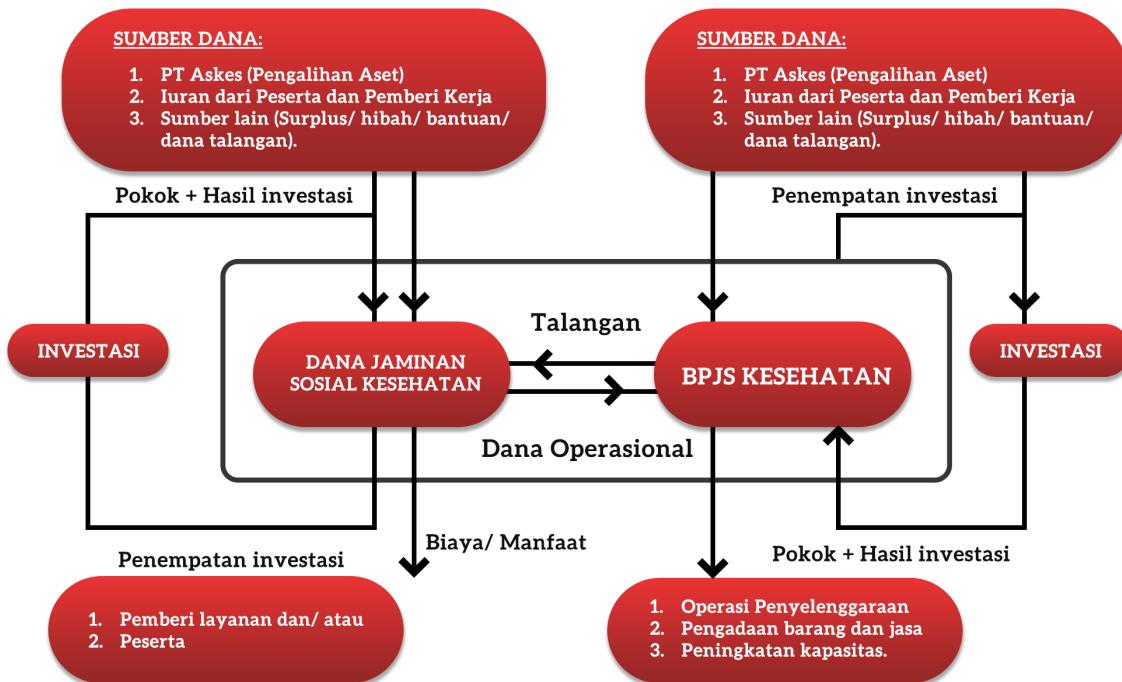
b. Mendapatkan dan/ atau meminta laporan dari Direksi;

c. Mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;

d. Memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi

2. DIREKSI

Direksi terdiri atas paling sedikit lima orang anggota yang berasal dari unsur profesional. Anggota Direksi diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Presiden menetapkan salah seorang dari anggota Direksi sebagai Direktur Utama. Anggota Direksi diangkat untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diusulkan untuk diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya. Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin peserta untuk mendapat manfaat sesuai dengan haknya. Dalam melaksanakan fungsi tersebut Direksi bertugas untuk:

a. Melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi;
b. Mewakili BPJS di dalam dan di luar pengadilan;
c. Menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.

Dalam melaksanakan tugas tersebut di atas Direksi berwenang untuk:

a. Melaksanakan wewenang BPJS;
b. Menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian;
c. Menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS, termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS, serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS;
d. Mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi;
e. Menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas;
f. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS paling banyak Rp100.000.000.000,00 dengan persetujuan Dewan Pengawas;

g. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp100.000.000.000,00 sampai dengan Rp500.000.000.000,00 dengan persetujuan Presiden;

h. Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp500.000.000.000,00 dengan persetujuan DPR RI.

• • •

Proses Bisnis BPJS Kesehatan

Berikut ini merupakan bagan proses bisnis BPJS Kesehatan berdasarkan UU BPJS:

Gambar 20 Proses Bisnis BPJS Kesehatan

Penjelasan:

1. Dalam mengelola aset, BPJS Kesehatan wajib memisahkan aset BPJS Kesehatan dengan aset dana jaminan sosial kesehatan dimana aset dana jaminan sosial bukan merupakan aset BPJS Kesehatan.
2. BPJS Kesehatan wajib menyimpan dan mengadministrasikan Dana Jaminan Sosial pada bank kustodian yang merupakan badan usaha milik negara.
3. Ketentuan mengenai pengelolaan aset BPJS Kesehatan dan dana jaminan sosial diatur melalui Peraturan Pemerintah Nomor Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana telah diubah melalui Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015.
4. Aset BPJS dapat digunakan untuk:
    a. Biaya operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial;
    b. Biaya pengadaan barang dan jasa yang digunakan untuk mendukung operasional penyelenggaraan Jaminan Sosial;
    c. Biaya untuk peningkatan kapasitas pelayanan; dan
    d. Investasi dalam instrumen investasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pengawasan BPJS Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam penyelenggaraannya, sesuai dengan Pasal 39 UU BPJS, pengawasan eksternal terhadap BPJS dilakukan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan lembaga pengawas independen.

Dalam penjelasan Pasal 39 UU BPJS disebutkan bahwa lembaga pengawas independen BPJS Kesehatan adalah Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Selain itu, dijelaskan pula melalui Peraturan Pemerintah RI Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan Pasal 46 yang menyatakan bahwa pengawasan eksternal penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Pelaksanaan pengawasan terhadap BPJS Kesehatan mengacu pada Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 05/POJK.05/2013 tentang Pengawasan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Dalam rangka pengawasan terhadap BPJS Kesehatan terdapat ruang lingkup pengawasan yang terdiri atas:

1. Kesehatan keuangan;
2. Penerapan tata kelola yang baik termasuk proses bisnis;
3. Pengelolaan dan kinerja investasi;
4. Penerapan manajemen risiko dan kontrol yang baik;
5. Pendeteksian dan penyelesaian kejahatan keuangan (*fraud*);
6. Evaluasi aset dan liabilitas;
7. Kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan;
8. Keterbukaan informasi kepada masyarakat (*public disclosure*);
9. Perlindungan konsumen;
10. Rasio kolektibilitas iuran;
11. *Monitoring* dampak sistemik; dan
12. Aspek lain yang merupakan fungsi, tugas, dan wewenang OJK berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Pengawasan terdiri atas pengawasan langsung dan pengawasan tidak langsung. Pengawasan langsung dilakukan melalui pemeriksaan yang dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun. Sedangkan untuk pengawasan tidak langsung dilakukan melalui analisis atas laporan yang disampaikan oleh BPJS kepada OJK dan/atau analisis atas laporan yang disampaikan oleh pihak lain kepada OJK.

Dalam hal BPJS Kesehatan terbukti melakukan pelanggaran atas ketentuan dan/ atau atas temuan hasil pemeriksaan, OJK dapat memberikan sanksi administratif berupa surat peringatan dan/atau memberikan rekomendasi kepada DJSN dan/ atau Presiden. Otoritas Jasa Keuangan dapat memberikan rekomendasi kepada DJSN dan/atau Presiden dalam hal BPJS Kesehatan tidak memenuhi kewajiban untuk menindaklanjuti surat peringatan terakhir atau atas temuan Pemeriksaan.

Statistik

1. ORGANISASI DAN SUMBER DAYA MANUSIA

Sampai dengan akhir tahun 2014, Struktur Organisasi BPJS Kesehatan secara ringkas meliputi:

a. Direksi
b. Kantor Pusat
    a. Grup/ Satuan Pengawas Internal/ Sekretaris Badan
    b. Departemen
c. Kantor Divisi Regional
    a. Divisi Regional
    b. Departemen
d. Kantor Cabang
    a. Cabang
    b. Unit
    c. *Liaison Office*
e. Kantor Layanan Operasional Kabupaten/ Kota (KLOK)
f. BPJS Kesehatan *Center*

Untuk menunjang operasional BPJS Kesehatan, telah dikembangkan jaringan kantor yang secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 7 Jaringan Kantor BPJS

No.	Jenis Kantor	Jumlah Kantor
1	Kantor Pusat	1
2	Kantor Divisi Regional	13
3	Kantor Cabang	124
4	Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota	384
5	BPJS Kesehatan *Center*	1487
6	*Liaison Officer*	34

2. KEPESERTAAN

Sampai dengan 31 Desember 2018, cakupan jumlah kepesertaan (Jiwa) BPJS Kesehatan mencapai sebanyak 208.054.199 jiwa dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 8 Cakupan Kepesertaan (Jiwa) BPJS Kesehatan (Per 31 Desember 2018)

No.	Cakupan Kepesertaan (Jiwa)	per 31 Desember 2018
1	Penerima Bantuan Iuran	92.107.598
2	PPU Penyelenggara Negara	17.236.346
3	PPU Non Penyelenggara Negara	32.596.749
4	Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	31.100.248
5	Bukan Pekerja (BP)	5.139.875
6	Penduduk yang didaftarkan oleh Pemda	29.873.383
	Total	**208.054.199**

• • •

Penunjang Usaha Asuransi

Tertanggung dan Penanggung adalah pihak utama yang terdapat dalam proses asuransi. Selain itu terdapat pihak-pihak lain yang sangat terkait dengan proses asuransi yaitu:

1. Pialang Asuransi

Perusahaan pialang asuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa keperantaraan dalam penutupan asuransi dan penanganan penyelesaian ganti kerugian asuransi dengan bertindak untuk kepentingan Tertanggung. Perusahaan Pialang Asuransi memberikan usaha jasa konsultansi dan keperantaraan dalam penutupan asuransi atau kepesertaan asuransi syariah serta penanganan penyelesaian klaimnya dengan bertindak untuk dan atas nama pemegang polis/ Tertanggung/ peserta.

Usaha pialang asuransi adalah usaha jasa konsultasi dan/atau keperantaraan dalam penutupan asuransi atau asuransi syariah serta penanganan penyelesaian klaimnya dengan bertindak untuk dan atas nama pemegang polis, Tertanggung atau peserta.

Pialang asuransi adalah orang yang bekerja pada perusahaan pialang asuransi dan memenuhi persyaratan untuk memberi rekomendasi atau mewakili pemegang polis, Tertanggung atau peserta dalam melakukan penutupan asuransi/ atau penyelesaian klaim.

2. Pialang Reasuransi

Perusahaan pialang reasuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa keperantaraan dalam penempatan reasuransi dan penanganan penyelesaian ganti rugi reasuransi dengan bertindak untuk kepentingan perusahaan asuransi.

Perusahaan pialang reasuransi menyelenggarakan usaha jasa konsultansi dan keperantaraan dalam penempatan reasuransi serta penanganan penyelesaian klaimnya dengan bertindak untuk dan atas nama perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi.

Usaha Pialang Reasuransi adalah usaha jasa konsultasi dan/ atau keperantaraan dalam penempatan reasuransi atau penempatan reasuransi

syariah serta penanganan penyelesaian klaimnya dengan bertindak untuk dan atas nama perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, perusahaan penjaminan syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah yang melakukan penempatan reasuransi dan reasuransi syariah.

Pialang Reasuransi adalah orang yang bekerja pada perusahaan pialang reasuransi dan memenuhi persyaratan untuk memberi rekomendasi atau mewakili perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, perusahaan penjaminan, perusahaan penjaminan syariah, perusahaan reasuransi atau perusahaan reasuransi syariah dalam melakukan penutupan reasuransi atau reasuransi syariah dan/atau penyelesaian klaim.

3. Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi (*Loss Adjuster*)

Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa penilaian terhadap kerugian atas kehilangan atau kerusakan pada objek asuransi yang dipertanggungkan.

Usaha Penilai Kerugian Asuransi adalah usaha jasa penilai klaim dan/ atau jasa konsultasi atas objek asuransi. Penilai kerugian asuransi bertugas memverifikasi dan menganalisis polis asuransi, menyelidiki penyebab terjadinya kerusakan dan menilai akibat yang ditimbulkan dari kerusakan tersebut.

4. Agen Asuransi

Seseorang atau badan hukum yang kegiatannya memberikan jasa dalam memasarkan jasa asuransi untuk dan atas nama Penanggung.

5. *Surveyor* Asuransi

Perusahaan yang memberikan jasa dalam melakukan survei terhadap objek yang diasuransikan baik pada saat penutupan maupun pada saat klaim.

6. Perusahaan Konsultan Aktuaria

Perusahaan yang memberikan jasa aktuaria kepada perusahaan asuransi dan dana pensiun dalam rangka pembentukan dan pengelolaan suatu program asuransi dan atau program pensiun.

Peran Perusahaan Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi

1. Mediasi:

a. Perantara antara Tertanggung dan Penanggung;

b. Membantu mentransfer risiko dari Tertanggung;

c. Menjual risiko Tertanggung kepada Penanggung;

d. Menjual produk asuransi kepada Tertanggung.

2. Konsultasi:

a. Merancang solusi asuransi sesuai kebutuhan Tertanggung;

b. Memetakan risiko Tertanggung;

c. Memberikan alternatif solusi asuransi kepada Tertanggung.

3. Advokasi:

a. Memberikan bantuan kepada Tertanggung agar dapat memperoleh seluruh hak klaimnya sesuai polis;

b. Membantu bernegosiasi dengan asuransi dan penilai kerugian asuransi atas nama Tertanggung;

c. Membantu mempercepat proses klaim.

4. Edukasi:

a. Memberikan pendidikan pengetahuan polis asuransi Tertanggung termasuk hak dan kewajiban Tertanggung;

b. Membantu Tertanggung membangun pemahaman pengelolaan risiko yang layak.

Alur kerja aktivitas usaha Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi terdiri dari:

1. Mencari/ mendapatkan bisnis baru dan perpanjangan program asuransi, di mana perusahaan pialang asuransi membuat prospek dengan menggunakan *check list* terhadap calon pelanggan (bisnis baru) yang nantinya akan dipresentasikan kepada calon pelanggan. Jika hasilnya disetujui nasabah, maka perusahaan pialang asuransi akan mendapatkan surat penunjukkan resmi yang berisi ruang lingkup (bisnis baru) atau surat resmi persetujuan dari nasabah untuk perpanjangan program asuransi.
2. Membuat slip penawaran (*quotation slip*) kepada Penanggung, dimana pada tahap ini pialang asuransi menerjemahkan keinginan calon Tertanggung/ Tertanggung terhadap kebutuhan asuransi yang diinginkan kepada Penanggung dalam bentuk slip penawaran. Membuat usulan program asuransi (proposal) kepada calon nasabah/ nasabah, dimana proposal tersebut merupakan hasil pengamatan dan analisis pialang asuransi terhadap risiko yang ditawarkan yang akan diberikan kepada calon nasabah/ nasabah. Setiap permintaan perubahan isi proposal diberitahukan kepada Penanggung dan dikonfirmasikan kembali kepada kedua belah pihak secara tertulis.
3. Membuat ringkasan penutupan (*summary of cover*) dan nota tagihan (*debit note*) kepada nasabah, di mana ringkasan penutupan ini berisikan hal-hal yang tercantum dalam *placing slip* dan biasanya disampaikan bersama dengan pengiriman tagihan kepada nasabah.
4. Mengirimkan dokumen-dokumen asuransi, dimana hal-hal yang harus diperhatikan adalah mengenai kesesuaian polis asuransi yang diterima dari Penanggung terhadap *placing slip* dan akurasi nota tagihan untuk disampaikan dengan nasabah disertai ketepatan waktu penyampaian polis asuransi tersebut.

Tugas dan Kewajiban Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi

1. Membuat program asuransi secara menyeluruh dan lengkap serta memberikan saran-saran baik yang diminta maupun tidak diminta oleh Tertanggung yang diwakilinya berdasar surat penunjukan.
2. Membuat laporan *survey* dan mencatat segala keterangan yang penting bagi Tertanggung dalam rangka penempatan risiko kepada pihak perusahaan asuransi maupun perusahaan reasuransi.
3. Selaku wakil Tertanggung berdasarkan apa yang tersurat dan tersirat dalam hukum asuransi, pialang asuransi atau pialang reasuransi wajib mengungkapkan segala data yang diperlukan yang lazimnya dituangkan dalam slip.

• • •

Hak dan Wewenang Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi

1. Berhak menagih premi untuk kepentingan perusahaan asuransi ataupun perusahaan reasuransi.
2. Berhak dan berwenang memberikan saran-saran baik diminta atau tidak.
3. Berhak menuntut pihak ketiga untuk dan atas nama Tertanggung berdasar surat penunjukan/ kuasa.
4. Berhak menyerahkan penyelesaian ganti rugi yang ditolak dan sekaligus mendampingi pengacara Tertanggung apabila harus diselesaikan melalui pengadilan/saluran hukum.
5. Berwenang menyarankan penggunaan *Loss/ Average Adjuster* dalam hal terjadi klaim besar.
6. Berdasarkan persetujuan pihak perusahaan asuransi dari jumlah klaim yang disetujui, pialang asuransi dapat melakukan pembayaran klaim terlebih dahulu kepada pihak Tertanggung.

• • •

Keuntungan Penggunaan Jasa Pialang Asuransi

1. Tertanggung dapat menghemat waktu dan berkonsentrasi pada pengembangan usaha dan kelanjutan kegiatan usaha, karena telah mendapat paket pelayanan dari pialang asuransi.
2. Tertanggung cukup memberikan informasi atas keterangan-keterangan yang diperlukan tanpa mengisi *application form*, karena *Placing Slip* dipersiapkan oleh pialang asuransi berdasarkan data yang diperoleh dari hasil *survey*.
3. Tertanggung dapat memperoleh pelayanan cuma-cuma (gratis) dalam hal sebagai berikut:
    a. Analisis risiko (*Risk management*).
    b. Membuat proposal tentang program asuransi yang sesuai dengan kebutuhan.
    c. Pencegahan kerugian (*Risk/Loss Prevention*).
    d. Penempatan asuransi yang aman.
    e. Pemeriksaan polis dengan cermat.
    f. Penyerahan polis dan kuitansi.
    g. Memberikan penjelasan atas hal-hal yang penting (*Coverages*).
    h. Pelayanan bantuan menyelesaikan urusan klaim dengan Penanggung.

Keuntungan Penggunaan Jasa Pialang Reasuransi

1. Perusahaan asuransi dapat menghemat waktu dan biaya administrasi serta berkonsentrasi pada "*underwriting*" karena telah mendapat paket pelayanan dari pialang reasuransi.
2. Perusahaan asuransi cukup memberikan keterangan yang diperlukan oleh perusahaan reasuransi, karena *reinsurance open cover* dipersiapkan oleh pialang reasuransi.
3. Perusahaan asuransi dapat memperoleh bantuan secara cuma-cuma berupa:
    a. Mempelajari risiko yang dijamin oleh perusahaan asuransi.
    b. Menetapkan pembagian risiko dan/ atau *maximum possible loss*.
    c. Memberikan saran-saran mengenai penetapan besarnya risiko sendiri (*own retention*)
    d. Membantu penyusun program reasuransi dengan persyaratan yang sebaik-baiknya.
    e. Menempatkan risiko kepada pihak perusahaan reasuransi atas *excess own retention*.

• • •

Tugas Utama Penilai Kerugian Asuransi (*Loss Adjuster*)

1. Melakukan pemeriksaan mengenai sebab-sebab suatu kejadian yang menimbulkan tuntutan ganti rugi.

a. Pemeriksaan di lapangan.
b. Wawancara dengan saksi mata dan Penanggung jawab objek pertanggungan.
c. Mengumpulkan bukti- bukti dan dokumen yang berhubungan.

d. Dengan perintah atau persetujuan pihak perusahaan asuransi menunjuk pihak lain yang lebih ahli untuk masalah yang bersangkutan (seperti laboratorium kriminal, spesialis, dan lain-lain).

2. Melakukan pemeriksaan apakah persyaratan/ ketentuan polis telah dipenuhi.

a. Wawancara dengan Penanggung jawab objek pertanggungan.
b. Pemeriksaan sebagian ataupun seluruh objek pertanggungan.
c. Wawancara dengan pihak ketiga (apabila ada).
d. Memberikan nasihat mengenai tindakan awal yang harus dilakukan Tertanggung untuk mengurangi kerugian atau menghindari kerugian lebih lanjut.
e. Menjelaskan prosedur yang harus dilakukan Tertanggung dalam mengajukan tuntutan ganti rugi.

3. Melakukan pemeriksaan awal dan wawancara atas sifat dan besarnya kerugian yang mungkin dituntut oleh Tertanggung.

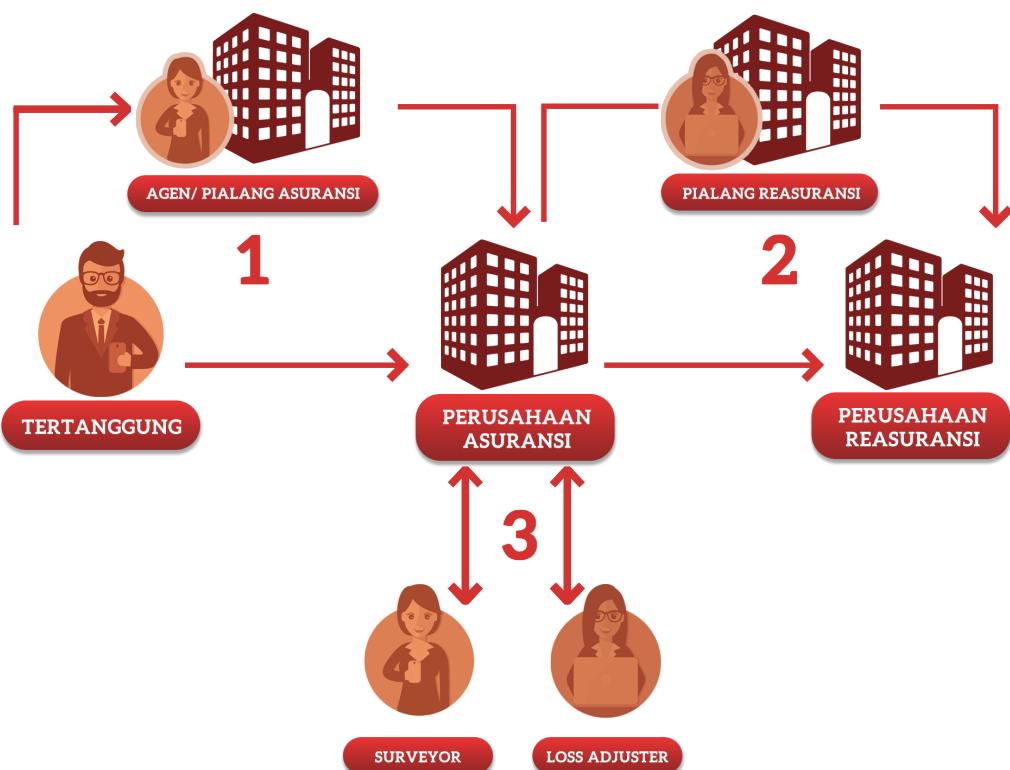
4. Membuat laporan awal atas sifat dan besarnya kerugian serta kemungkinan tanggung jawab polis.

5. Membuat laporan pendahuluan yang menggambarkan:

a. Latar belakang objek pertanggungan.
b. Sebab-sebab, jenis dan luas kerugian yang terjadi.
c. Tanggung jawab pihak ketiga .

6. Laporan pembayaran pendahuluan (apabila ada).

Loss adjuster akan membuat laporan pembayaran pendahuluan bilamana diminta oleh perusahaan asuransi dan hanya apabila unsur-unsur dibawah ini telah dipenuhi:

a. Tanggung jawab polis telah jelas ada.
b. Diperkirakan bahwa penyelesaian tuntutan ganti rugi memerlukan waktu yang lama.
c. Penilaian kerugian atas beberapa bagian dari objek pertanggungan telah dapat diselesaikan.
d. Tertanggung dapat membuktikan bahwa ia telah mengeluarkan biaya untuk mengurangi kerugian ataupun melakukan perbaikan/ penggantian atas objek pertanggungan yang rusak.

7. Laporan penilaian kerugian.

Settlement
Dimana *loss adjuster*, sesuai dengan perintah perusahaan asuransi telah membahas penilaiannya dengan pihak Tertanggung dan telah dicapai suatu kesepakatan (mengenai prosedur selanjutnya ataupun sampai kepada besarnya kerugian).

• • •

Kerja Sama Perusahaan Asuransi, Reasuransi dan Penunjang Asuransi

Gambar 21 Hubungan Kerja Sama Perusahaan Asuransi, Reasuransi dan Penunjang Asuransi

KETERANGAN:

1. Tertanggung dapat membeli polis asuransi dengan datang langsung ke perusahaan asuransi atau melalui pialang/ agen asuransi. Pialang/ agen asuransi yang membantu proses penutupan akan mendapat imbalan komisi dari perusahaan asuransi.
2. Perusahaan asuransi dapat mereasuransikan sebagian risiko yang diterima dari Tertanggung langsung ke perusahaan reasuransi atau melalui pialang reasuransi.

3. Perusahaan asuransi dapat menggunakan jasa pihak ketiga pada saat penutupan asuransi (*surveyor*) dan pada saat terjadi klaim (*loss adjuster*). *Surveyor* menilai objek pertanggungan dengan nilai besar dan risiko kompleks. *Loss adjuster* menganalisis dan menghitung klaim asuransi yang bernilai besar dan kompleks.

• • •

Organisasi Asosiasi Perasuransian

International Association of Insurance Supervisors (IAIS)

The International Association of Insurance Supervisors (IAIS) adalah organisasi keanggotaan sukarela dari pengawas asuransi dan regulator dari lebih 200 yurisdiksi di hampir 140 negara. Misi dari IAIS adalah untuk mempromosikan pengawasan yang efektif dan konsisten secara global dari industri asuransi dalam rangka untuk mengembangkan dan memelihara adil, aman dan stabil pasar asuransi untuk kepentingan dan perlindungan pemegang polis dan memberikan kontribusi untuk stabilitas keuangan global.

IAIS didirikan pada tahun 1994, IAIS bertanggung jawab untuk mengembangkan prinsip-prinsip, standar, dan bahan pendukung lainnya untuk pengawasan sektor asuransi dan membantu dalam pelaksanaannya. IAIS juga menyediakan forum bagi anggota untuk berbagi pengalaman dan pemahaman tentang pengawasan dan pasar asuransi. Untuk meningkatkan partisipasi aktif dari anggotanya, IAIS memberikan keuntungan kepada anggotanya untuk masuk ke dalam kegiatan IAIS mewakili lembaga-lembaga internasional, asosiasi profesional dan perusahaan asuransi dan reasuransi, serta konsultan dan profesional lainnya.

IAIS mengkoordinasikan pekerjaannya dengan pembuat kebijakan internasional keuangan lainnya dan asosiasi pengawas atau regulator, dan membantu dalam membentuk sistem keuangan global. Dalam pengakuan keahlian kolektif, IAIS juga secara rutin dipanggil oleh pemimpin G20 dan badan pengaturan standar internasional lainnya untuk memberikan masukan terkait isu-isu asuransi serta isu-isu yang berkaitan dengan regulasi dan pengawasan sektor keuangan global.

IAIS memiliki peran penting dalam menciptakan standar di bidang asuransi yang dikenal dengan Insurance Core Principle (ICP). Penjelasan mengenai prinsip-prinsip tersebut dapat ditemukan di website IAIS (*http://iaisweb.org*).

• • •

The National Association of Insurance Commissioners (NAIC)

NAIC adalah organisasi Amerika Serikat (AS) yang berperan dalam penetapan standar dan mendukung pelaksanaan peraturan yang diciptakan. Organisasi ini diciptakan oleh kepala regulator asuransi dari 50 negara bagian AS, District of Columbia dan lima wilayah AS. Melalui NAIC, regulator asuransi negara menetapkan standar terbaik, melakukan *review* dan *control*, serta mengkoordinasikan pengawasan peraturan mereka. NAIC mendukung upaya ini dan mewakili pandangan kolektif regulator negara domestik dan internasional. Anggota dan pusat NAIC bersama membentuk sistem regulasi asuransi berbasis negara di AS.

Anggota NAIC adalah pejabat pemerintah negara bagian yang dipilih atau ditunjuk bersama dengan departemen dan staf mereka. Anggota NAIC bertugas mengatur perilaku perusahaan asuransi dan agen di negara atau wilayah masing-masing. Misi NAIC adalah untuk membantu regulator asuransi negara bagian secara individu dan kolektif dalam melayani kepentingan umum dan mencapai tujuan peraturan asuransi secara responsif, efisien, dan efektif.

Regulator asuransi menciptakan NAIC pada tahun 1871 untuk mengatasi kebutuhan untuk mengkoordinasikan peraturan asuransi beberapa negara.

Langkah besar pertama dalam proses tersebut adalah penyeragaman laporan keuangan perusahaan asuransi lalu berkembang ke dalam konsep legislatif, tingkat keahlian dalam pengumpulan dan pengiriman data, dan komitmen di bidang teknologi yang lebih besar.

Tujuan NAIC yaitu: (http://www.naic.org/)

1. Melindungi kepentingan umum;
2. Mendukung terbentuknya pasar yang kompetitif;
3. Memfasilitasi perlakuan yang adil atas konsumen asuransi;
4. Mendukung keandalan, kelancaran dan kekuatan keuangan dari institusi perasuransian; dan
5. Mendukung dan mengembangkan peraturan asuransi suatu negara.

Salah satu metode NAIC yang digunakan di Indonesia adalah metode *Risk Based Capital* (RBC) *Ratio* yang merupakan suatu pengukuran untuk memperoleh informasi tingkat keamanan finansial atau kesehatan suatu perusahaan asuransi. Semakin besar rasio kesehatan RBC sebuah perusahaan asuransi, semakin sehat kondisi finansial perusahaan tersebut. Secara hukum di Indonesia, metode RBC ini dapat kita temui dalam Peraturan OJK Nomor 71/POJK.05/2016 tentang Kesehatan Keuangan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi.

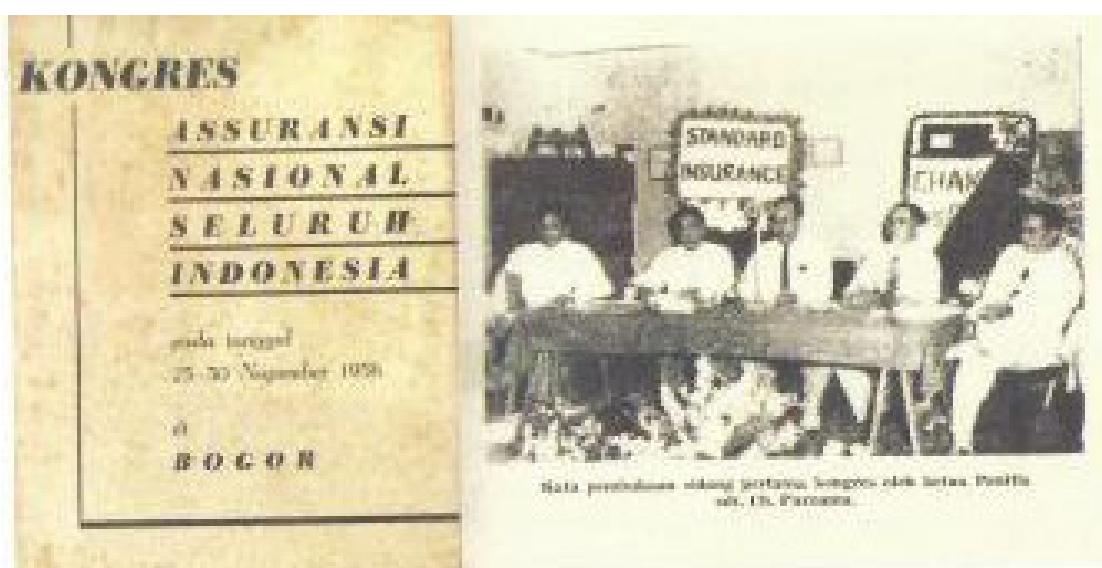
• • •

ASEAN *Insurance Council* (AIC)

AIC adalah lembaga di bawah ASEAN di bidang perasuransian yang didirikan pada tanggal 4 April 1978 di Jakarta oleh asosiasi-asosiasi asuransi dari negara anggota ASEAN yaitu Indonesia, Malaysia, Filipina, Thailand dan Singapura. Tujuan dibentuknya badan ini adalah untuk mempromosikan dan mendorong perkembangan asuransi di kawasan ASEAN serta membangun kerja sama antara perusahaan asuransi di berbagai bidang dari negara-negara di ASEAN.

AIC memiliki visi yang kuat untuk menjadi platform regional untuk pemimpin asuransi, profesional, dan praktisi untuk jaringan dan berbagi pengetahuan serta keahlian mereka di berbagai bidang bisnis asuransi untuk pengembangan industri asuransi di kawasan ASEAN, terutama dalam menyambut Masyarakat Ekonomi ASEAN 2015.

Adapun fungsi dari ASEAN *Insurance Council* adalah sebagai berikut:

1. Mendorong perkembangan asuransi dan reasuransi di kawasan ASEAN;
2. Menjalin kerja sama regional di bidang asuransi dan reasuransi;
3. Membentuk serta mendorong terbentuknya lembaga-lembaga pendidikan dan pelatihan di bidang asuransi dan reasuransi di kawasan ASEAN;
4. Mengadakan konferensi maupun seminar terkait asuransi;
5. Membentuk pusat informasi dan statistik industri asuransi dan reasuransi di kawasan ASEAN;
6. Menjadi fasilitator antara para pegiat industri asuransi dengan para pembuat kebijakan asuransi (regulator) di ASEAN;
7. Menjalin kerjasama dengan lembaga-lembaga dari kawasan lainnya yang mempunyai tujuan yang sama untuk memajukan dunia asuransi.

Gambar 22 ASEAN Insurance Council

Dewan Asuransi Indonesia (DAI)

Dewan Asuransi Indonesia didirikan pada tanggal 1 Februari 1957. DAI adalah perkumpulan yang telah memperoleh status badan hukum dari instansi yang berwenang berdasarkan Keputusan Menteri Kehakiman tanggal 6 bulan Januari tahun 1958 Nomor: J.A.5/2/24.

DAI merupakan perkumpulan yang beranggotakan asosiasi perasuransian di Indonesia dan berfungsi sebagai wadah pemersatu anggotanya dalam memperjuangkan aspirasinya yang berkaitan dengan kepentingan dunia usaha perasuransian dan sebagai forum pendidikan, mediasi, informasi dan komunikasi anggota, masyarakat, dan pemerintah. Anggota dalam naungan DAI dapat dibedakan menjadi anggota biasa dan anggota luar biasa. Anggota biasa antara lain Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI), Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI), Asosiasi Asuransi dan Jaminan Sosial Indonesia (AAJSI), Asosiasi Asuransi Syariah Indonesia (AASI), Asosiasi Perusahaan Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia (APPARINDO), dan Asosiasi Penilaian Kerugian Asuransi Indonesia (APKAI). Sedangkan anggota luar biasa antara lain Indonesia Senior Executives Association (ISEA), Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI), Asosiasi Ahli Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia (APARI) dan Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (PAMJAKI).

Gambar 23 Suasana Kongres 1 DAI 25-30 November 1956 di Bogor

Sumber: www.dai.or.id

Tugas DAI adalah sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pendidikan yang berkesinambungan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia perasuransian yang berkualitas;
2. Menyelenggarakan kegiatan penelitian dan pengembangan yang bermanfaat bagi anggota dan usaha perasuransian;
3. Mengelola publikasi di bidang perasuransian dalam rangka peningkatan mutu sumber daya manusia perasuransian dan meningkatkan kesadaran berasuransi masyarakat;
4. Melakukan koordinasi kegiatan lintas asosiasi; dan
5. Tugas-tugas lain yang dipandang penting dan perlu oleh Pengurus di kemudian hari berdasarkan perkembangan usaha perasuransian.

• • •

BAB 8

PROFESI DI INDUSTRI PERASURANSIAN

Tujuan Pembahasan:

1. Memberikan informasi kepada pembaca mengenai profesi yang ada di dunia asuransi.
2. Membangkitkan minat pembaca untuk berkarir di dunia asuransi.

Inspirasi

Kisah inspiratif kali ini berasal dari Suroyo. Suroyo merupakan salah satu anak dari seorang petani di daerah Kulon Progo, Yogyakarta yang memiliki lahan yang tandus. Keluarganya merupakan keluarga yang sederhana. Kondisi ekonomi yang sulit membuat dirinya harus melakukan perantauan untuk bekerja sambil kuliah agar dapat menyelesaikan perkuliahan-nya.

Sebelum menjadi agen, ia telah bekerja selama 4 tahun di sebuah yayasan dengan pendapatan yang sangat minim. Selama bekerja dirinya berpikir, untuk membeli sebuah motor saja harus kredit, bagaimana dengan untuk membeli sebuah rumah?

Gambar 24 Suroyo - Agen Asuransi Bidang Agen.

Sumber: www.youtube.com

Suroyo mengenal profesi agen dan bergabung di dalamnya pada 28 Juni 2001. Setengah tahun pertama merupakan waktu yang sangat berharga, dimana ia benar-benar belajar hal-hal yang baru. Ia dengan tekun melakukan presentasi setiap hari di berbagai tempat dan mal sehingga akhirnya berhasil memperoleh salah satu penghargaan. Usaha dan ketekunan Suroyo sebagai seorang agen membuat dirinya dalam waktu singkat berhasil memiliki sebuah rumah dan dua buah mobil. Ia juga mendapat kesempatan untuk berkeliling dunia (Praha, Athena, Yunani, Eropa dan Malaysia). Tim yang ia miliki saat ini berjumlah lebih dari 100 orang dan berharap dapat terus berkembang sehingga dapat membuat seluruh anggota timnya berhasil. Profesi agen ini juga memberikannya waktu yang lebih fleksibel sehingga dapat menjalankan tanggung jawab sosial untuk membantu masyarakat khususnya di bidang keagamaan.

Untuk penjelasan lebih lanjut dapat melihat rekaman video Bapak Suroyo pada https://www.youtube.com/watch?v=bSc4ONvjbIQ.

• • •

Sertifikasi Profesi

Dalam menghadapi era globalisasi, industri perasurasian telah memiliki Standar Kompetensi Kerja Nasional Indonesia (SKKNI) perasuransian sesuai dengan Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor KEP.141/Men/IV/2013 tentang penetapan standar kompetensi kerja nasional Indonesia kategori jasa keuangan dan asuransi, golongan pokok asuransi, reasuransi dan dana pensiun, bukan jaminan sosial wajib, golongan pokok jasa penunjang untuk jasa keuangan, asuransi dan dana pensiun, dan lainnya. SKKNI ini menjadi dasar bagi Lembaga Sertifikasi Profesi (LSP) untuk menyusun bahan uji kompetensi kerja, bagi lembaga pendidikan untuk menyusun bahan ajar dan bagi pelaku usaha asuransi untuk menyusun dan menerapkan *Standard Operating Procedure* (SOP). Rincian penjelasan SKKNI perasuransian tersebut dapat diakses melalui www.dai.or.id/standar-kompetensi-kerja-nasion-al-indonesia-skkni/.

Adapun gelar profesi yang diakui di Indonesia, antara lain dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 9 Sertifikasi Profesi Perasuransian

Negara	Institusi yang Mengeluarkan	Nama Gelar
Indonesia	**AAMAI** Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia	• **AAAIK** Ajun Ahli Asuransi Indonesia Kerugian • **AAIK** Ahli Asuransi Indonesia Kerugian • **AAAIJ** Ajun Ahli Asuransi Indonesia Jiwa • **AAIJ** Ahli Asuransi Indonesia Jiwa
	PAI Persatuan Aktuaris Indonesia	• **ASAI** *Associate of the Society of Actuaries of Indonesia* • **FSAI** *Fellow of the Society of Actuaries of Indonesia*
	APARI Asosiasi Ahli Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia	**CIIB** *Certified Indonesian Insurance Broker*
	PAMJAKI Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia	• **AAAK** Ajun Ahli Asuransi Kesehatan • **AAK** Ahli Asuransi Kesehatan
New Zealand	**ANZIIF** *Australian New Zealand Insurance Institute & Finance*	• **Associate** • **Sr. Associate** • **Fellow**
Malaysia	**MII** *The Malaysian Insurance Institute*	**CIRM** Certified in Risk Management
London	**CII** *The Chartered Insurance Institute*	**ACII** Associate of The Chartered Institute

Sertifikasi untuk Menjadi Seorang Tenaga Ahli dalam Perusahaan Pialang Asuransi, Pialang Reasuransi dan Penilai Kerugian Asuransi

Sertifikasi Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi di Indonesia

a. Ajun Ahli Asuransi Indonesia Kerugian (AAAIK)
b. Ahli Asuransi Indonesia Kerugian (AAIK)
c. Ajun Ahli Asuransi Indonesia Jiwa (AAAIJ)
d. Ahli Asuransi Indonesia Jiwa (AAIJ)
e. Ajun Ahli Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi (AAPAI)
f. Ahli Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi (APAI)
g. *Certified Indonesia Insurance Broker* (CIIB)

Sertifikasi AAAIK, AAIK, AAAIJ dan AAIJ yang mengeluarkan adalah Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI). Sedangkan sertifikasi AAPAI, APAI dan CIIB yang mengeluarkan adalah Asosiasi Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi Indonesia (APARI)

Sertifikasi dari luar negeri yang diakui oleh AAMAI adalah sebagai berikut:

1. Life Office Management Association (LOMA)
2. The Chartered Insurance Institute (CII)
3. Australian New Zealand Insurance Institute & Finance (ANZIIF)
4. The Malaysian Insurance Institute (MII)

Penilai Kerugian Asuransi

INDONESIAN CERTIFIED ADJUSTER PRACTITIONER (ICAP)

Asosiasi yang mengeluarkan adalah Asosiasi Penilai Kerugian Asuransi Indonesia (APKAI). Berdasarkan Peraturan OJK Nomor 68/POJK.05/2016 tentang Perizinan Usaha dan Kelembagaan Perusahaan Pialang Asuransi, Perusahaan Pialang Reasuransi, dan Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi.

Kegunaan sertifikasi

1. Pengakuan kompetensinya secara nasional dan internasional.
2. Peningkatan pengetahuan dan sikap dalam mengelola bisnis.
3. Sarana untuk meningkatkan jenjang karir dan memacu diri agar lebih profesional dan mencapai hasil pekerjaan yang berkualitas dan dapat dipertanggung jawabkan.
4. Peningkatan berkomunikasi dengan rekan seprofesi.
5. Peningkatan *performance* sehingga mampu berkompetensi secara global.

Jenis - Jenis Profesi

PROFESI INSURANCE BROKER

Menjadi perantara antara perusahaan asuransi dan pihak tertanggung, di mana insurance broker ini akan mewakili tertanggung perusahaan asuransi.

PROFESI REINSURANCE BROKER

Menjadi perantara antara perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi, di mana reinsurance broker ini akan mewakili perusahaan asuransi dalam hal menawarkan pembagian risiko.

PROFESI AKTUARIS

Memastikan bahwa perusahaan asuransi memiliki solvabilitas yang sehat, serta memastikan premi yang dibebankan kepada nasabah cukup untuk membayar semua kewajiban (liability).

PROFESI *UNDERWRITING*

Menganalisis risiko yang diberikan oleh para calon tertanggung, menetapkan *Terms & Conditions*, serta menetapkan besarnya premi yang mencerminkan tingkat risiko yang akan ditanggung perusahaan.

PROFESI *ADJUSTER CLAIM*

Bertanggung jawab menilai besarnya kerugian yang terjadi dalam suatu musibah, gunanya untuk menentukan besarnya ganti rugi yang akan diberikan kepada tertanggung.

PROFESI AGEN ASURANSI

Wakil dari perusahaan yang memiliki lisensi untuk memasarkan asuransi kepada masyarakat umum.

PROFESI *INVESTMENT*

Bertanggung jawab mengatur dan mengelola dana investasi suatu perusahaan.

Gambar 25a Penjelasan Profesi Asuransi

PROFESI MARKETING *NON AGENCY* UNTUK *RETAIL CONSUMER*

Memiliki lisensi untuk memasarkan asuransi kepada masyarakat umum melalui kerja sama dengan bank atau institusi.

PROFESI *MARKETING NON AGENCY* UNTUK *CORPORATE CONSUMER*

Wakil dari perusahaan yang memiliki lisensi untuk memasarkan asuransi kepada masyarakat umum melalui kerja sama dengan perusahaan atau institusi.

PROFESI MANAJEMEN RISIKO ASURANSI

Mengatur, mengawasi, dan menilai risiko atas objek asuransi yang berhubungan dengan berbagai risiko operasional perusahaan dan membuat rekomendasi mitigasi agar dampak dari risiko bisa ditekan.

PROFESI POLICY HOLDER SERVICES

Bertanggung jawab melayani polis yang memberikan informasi seputar jaminan, risiko, klaim, dll yang terdapat dalam polis sebagai sarana penyampaian informasi.

PROFESI PRODUCT DEVELOPMENT

Bertanggung jawab menyusun, mendesain, dan meluncurkan produk ke pasaran.

PROFESI CLAIM

Bertanggung jawab atas proses penanganan klaim yang diajukan oleh tertanggung, serta menyelidiki klaim untuk mengetahui tuntunan kerugian dari pihak tertanggung sesuai dengan kondisi yang telah disepakati.

PROFESI REASURANSI

Mengatur pembagian atau penyebaran risiko yang diterima oleh perusahaan asuransi, sekaligus memberikan perhitungan terhadap risiko yang disebarkan untuk ditawarkan kepada perusahaan reasuransi.

PROFESI SURVEYOR

Melakukan survei terhadap objek yang diasuransikan, saat penutupan asuransi maupun saat terjadi klaim, surveyor ini mewakili perusahaan untuk memastikan apa yang tertulis sama dengan yang terjadi.

Gambar 25b Penjelasan Profesi Asuransi

BAB 9

PERKEMBANGAN TEKNOLOGI DALAM INDUSTRI ASURANSI

Tujuan Pembahasan:

Memberikan pengetahuan kepada pembaca mengenai pemanfaatan teknologi dalam asuransi.

Pendahuluan

Seiring dengan kemajuan teknologi, Inovasi Keuangan Digital (IKD) tidak dapat diabaikan dan perlu dikelola agar dapat memberikan manfaat sebesar-besarnya untuk kepentingan masyarakat. IKD adalah aktivitas pembaruan proses bisnis, model bisnis dan instrumen keuangan yang memberikan nilai tambah baru di sektor jasa keuangan dengan melibatkan ekosistem digital. Ruang lingkup IKD meliputi: penyelesaian transaksi, penghimpunan modal, pengelolaan investasi, penghimpunan dan penyaluran dana, perasuransian, pendukung pasar, pendukung keuangan digital lainnya dan aktivitas jasa keuangan lainnya. IKD di bidang perasuransian dikenal dengan istilah "*InsurTech*" yang berasal dari kata '*Insurance*' dan '*Technology*'.

InsurTech pada dasarnya adalah penggunaan teknologi untuk berinovasi dan meningkatkan efisiensi serta penghematan biaya di semua bidang pada industri asuransi. Seperti sudah kita saksikan bersama atas transformasi radikal dan positif dalam dunia perbankan dan keuangan yang ditimbulkan oleh revolusi *FinTech, InsurTech* berusaha mengubah industri asuransi secara radikal dan positif melalui inovasi teknologi.

Penyelenggara "*InsurTech*" terdiri dari lembaga jasa keuangan dan atau pihak lain yang melakukan kegiatan di sektor jasa keuangan, harus berbentuk badan hukum berupa perseroan terbatas atau koperasi. Di Indonesia, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) telah mengeluarkan Peraturan OJK Nomor 13/POJK.02/2018 tentang Inovasi Keuangan Digital di Sektor Jasa Keuangan sebagai ketentuan yang memayungi pengawasan dan pengaturan industri keuangan digital.

Industri asuransi merupakan salah satu industri yang tergolong relatif kurang responsif terhadap kemajuan teknologi yang secara cepat mengubah dunia, khususnya perkembangan di ruang *FinTech* seperti perbankan dan pembiayaan. Dengan demikian, beberapa perusahaan asuransi yang sebelumnya berkembang pesat di bawah model bisnis tradisional sekarang menghadapi tantangan baru dan perlu segera berinovasi untuk untuk menghadapi perubahan dan risiko kerugian bisnis. Berdasarkan *Global Fintech Survey* PwC 2016 diperoleh data bahwa 43% pelaku di industri asuransi menganggap *FinTech* sebagai bagian dari strategi perusahaan mereka, hanya 28% yang mengeksplorasi kemitraan dengan perusahaan-perusahaan *FinTech* dan kurang dari 14% yang berpartisipasi aktif dalam usaha program inkubator.

InsurTech menghadirkan hal baru dan berbeda ke industri tradisional. *InsurTech* menawarkan peluang untuk berinovasi, berkolaborasi, bermitra untuk lebih menyempurnakan solusi asuransi, baik untuk menentukan harga, menawarkan produk-produk asuransi dengan lebih banyak fleksibilitas, efisiensi dan presisi, memperluas dan meningkatkan cakupan asuransi, menghilangkan dan mengurangi kesalahan, meningkatkan kepuasan melalui pengalaman pelanggan, dll. Pada dasarnya, penyelenggara *InsurTech* adalah penyedia solusi yang menciptakan nilai tambah bagi industri, dan dalam prosesnya membuat produk serta layanan asuransi menjadi lebih kompetitif bagi konsumen/ pengguna akhir.

• • •

Tipe/ Kategori Penyelenggaraan *InsurTech*

Di pasaran saat ini, ada banyak jenis bisnis *InsurTech* dan masih terus berkembang. Variasi produk dan layanan yang ditawarkan dapat berkisar dari manajemen asuransi hingga pemrosesan, penjualan, pengelolaan data, dan lain-lain. Beberapa contoh bentuk penyelenggaraan "*InsurTech*":

1. *InsurTech Aggregator/ Marketplace;*
2. *InsurTech Intermediaries — Brokers/ Agents*; dan
3. *The Full Stack InsurTech*.

InsurTech Aggregator/Marketplace

Model *Aggregator* menyediakan pasar yang efisien untuk asuransi. *Aggregator* secara langsung menawarkan produk dan layanan asuransi kepada konsumen/ pengguna akhir. Dengan demikian, *Aggregator* dapat memotong biaya terkait distribusi produk asuransi. Melalui *Aggregator*, calon Tertanggung dapat membandingkan harga, ketentuan, kebijakan dari berbagai produk dan layanan perusahaan asuransi. Hal ini membuat calon Tertanggung lebih mudah dalam memperoleh informasi dan membuat pilihan. *Aggregator* menguntungkan baik perusahaan asuransi dan calon Tertanggung dengan menyediakan perusahaan asuransi sebuah platform untuk secara langsung menjangkau calon pelanggan, dan meningkatkan kepuasan melalui pengalaman pengguna secara signifikan dengan menawarkan aksesibilitas, kenyamanan dan pilihan kepada calon Tertanggung.

Perusahaan *InsurTech Aggregator* tidak melakukan kegiatan *underwrite*, mengeluarkan kebijakan asuransi dan atau kontrak asuransi, namun hanya menyediakan platform untuk memfasilitasi transaksi (bersifat pasif). Dalam perkembangannya banyak *Aggregator* yang melakukan peningkatan fungsinya menuju perusahaan *intermediaries*. Jika ada niat untuk mengembangkan fungsinya menjadi perusahaan *intermediaries* yang dapat melakukan bisnis menjual, menerbitkan polis asuransi, dan melakukan penagihan premi asuransi, pertama-tama perusahaan tersebut harus mendapatkan izin sebagai perusahaan broker atau agen asuransi.

Beberapa contoh *aggregator* yang menawarkan produk asuransi, antara lain: cekaja.com, rajapolis.com, pasarpolis.com, premikita.com, rajapremi.com, bukalapak.com, olx.com, tokopedia.com, blibli.com dan sebagainya. *Aggregator* tersebut menampilkan berbagai produk serta layanan asuransi yang dimiliki beberapa perusahaan asuransi sehingga calon Tertanggung dapat melakukan perbandingan atas layanan yang diberikan sebelum melakukan pembelian.

• • •

InsurTech Intermediaries – Brokers/ Agents

Terdapat perusahaan *InsurTech* yang selain berperan sebagai *aggregator*, juga berperan sebagai agen atau broker asuransi dalam memasarkan produk asuransi melalui platform yang disediakan. *InsurTech Intermediaries* yang sah adalah *aggregator* yang telah memiliki izin sebagai broker atau agen. Perusahaan *Intermediaries* selain memiliki izin broker/ agen asuransi mereka juga harus memiliki perjanjian dengan perusahaan asuransi terkait wewenang dan tanggung jawab serta hak dan kewajibannya. *Intermediaries* sebagai perantara berbeda dengan aggregator. Perantara menjalankan bisnis (bersifat aktif) bertindak untuk para pihak dalam memberikan saran dalam memilih asuransi sesuai kebutuhan Tertanggung dan mengatur transaksi asuransi, sedangkan *aggregator* tidak.

Contoh *InsurTech Intermediaries – Brokers/ Agents* adalah futureready.com, cekpremi.com dan www.premi.co.id. *Website* tersebut memfasilitasi para agen atau broker dalam memberikan penawaran kepada calon Tertanggung dalam

memenuhi kebutuhannya, memperluas jaringan penjualan ke berbagai daerah dan memudahkan Tertanggung dalam menjalin kerjasama dengan agen dan atau broker asuransi.

• • •

The Full Stack InsurTech

Full Stack InsurTech adalah perusahaan yang memiliki izin penyelenggaran asuransi dan telah membangun platform digitalnya secara spesifik serta menyeluruh untuk memberikan pelayanan dan pengalaman unik kepada pelangganya. *Full Stack Insuretech* juga berfungsi dalam meningkatkan efisiensi dan efektifitas dalam proses bisnis perasuransian seperti: promosi produk, melakukan penjualan, proses analisa risiko, pelayanan transaksi pembayaran langsung premi maupun klaim.

Beberapa contoh model *Full Stack InsurTech* antara lain *website-website* perusahaan asuransi yang dapat diakses oleh calon Tertanggung dimana calon Tertanggung dapat memenuhi kebutuhannya dengan cara melakukan pembelian asuransi atau mengajukan klaim asuransi secara *online* melalui *website* perusahaan tersebut.

• • •

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan dalam Mengembangkan "*Insurtech*"

Seperti halnya lembaga jasa keuangan, penyelenggara industri keuangan digital juga mempunyai prinsip-prinsip yang harus dipenuhi jika ingin membangun bisnis yang berkelanjutan, antara lain:

a. Prinsip tata kelola teknologi informasi dan komunikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan;

b. Perlindungan konsumen sesuai dengan ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini;

c. Edukasi dan sosialisasi kepada konsumen;

d. Kerahasiaan data dan/atau informasi konsumen termasuk data dan/ atau informasi transaksi;

e. Prinsip manajemen risiko dan kehati-hatian;

f. Prinsip anti pencucian uang dan pencegahan pendanaan terorisme sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan

g. Inklusif dan prinsip keterbukaan informasi.

Selain itu, Penyelenggara wajib menginventarisasi risiko utama yang paling sedikit mencakup:

a. Risiko strategis;
b. Risiko operasional sistemik;
c. Risiko operasional individual;
d. Risiko pencucian uang dan pendanaan terorisme;
e. Risiko perlindungan data konsumen;
f. Risiko penggunaan jasa pihak ketiga;
g. Risiko siber; dan
h. Risiko likuiditas.

Untuk melakukan pengontrolan sekaligus mendukung pertumbuhan industri keuangan digital, akan diselenggarakan *regulatory sandbox* sebelum penyelenggara mendaftarkan IKD terkait ke OJK. *Regulatory Sandbox* adalah mekanisme pengujian yang dilakukan oleh OJK untuk menilai keandalan proses bisnis, model bisnis, instrumen keuangan, dan tata kelola penyelenggara.

• • •

Teknologi yang Memengaruhi Perkembangan Industri Asuransi

Teknologi dan ketersediaan sumber data semakin berdampak pada industri asuransi. Informasi digital sekarang digunakan untuk meningkatkan kemudahan dan kontrol proses di sepanjang rantai proses asuransi.

Robo-advisors

Bisnis *InsurTech* beroperasi pada *platform digital*. Model yang semakin populer dalam menyediakan layanan konsultasi digital ini memungkinkan pelanggan yang mencari produk dan layanan asuransi untuk secara langsung mengakses produk atau layanan yang ditawarkan dengan interaksi terbatas atau tidak sama sekali dengan manusia. Dikenal sebagai 'alat yang menghadap klien', alat tersebut menggunakan "*robo-advisors*" untuk memberikan saran secara otomatis dan berbasis algoritma. Semakin banyak solusi yang disediakan oleh teknologi pada semua lini bisnis asuransi karena pelanggan semakin mengharapkan interaksi secara *mobile* menjadi yang utama.

• • •

The Internet of Things

Pada dasarnya, '*Internet of Things*' (IoT) adalah langkah untuk semakin menghubungkan perangkat elektronik ke internet. Ini termasuk apa saja dari perangkat pintar (ponsel, mesin cuci, mesin kopi, lampu, jam tangan dan perangkat lainnya). Dengan IoT, akan ada peningkatan hubungan di antara orang, orang dan perangkat pintar, dan antara perangkat pintar. IoT memiliki dampak besar pada industri asuransi, baik dalam memprediksi dan meminimalisasi risiko, serta meningkatkan wawasan tentang profil dan perilaku pelanggan. Hal ini memungkinkan karena dengan IoT menumbuhkan peluang untuk meningkatkan konektivitas, pengumpulan data, dan pemantauan seorang Tertanggung.

Perusahaan asuransi dapat mengambil pendekatan yang lebih proaktif dengan memperingatkan Tertanggung mereka akan potensi kerugian secara dini, bahkan sebelum hal itu terjadi. Misalnya, penggunaan perangkat pintar seperti pelacak kebugaran dan jam tangan pintar merupakan peluang besar bagi perusahaan asuransi untuk melacak kebiasaan dan perilaku Tertanggung. Pengumpulan data memungkinkan perusahaan asuransi untuk memberikan saran yang lebih baik kepada Tertanggung, memberikan kebijakan yang disesuaikan, dan menghitung risiko dengan lebih akurat. Lebih lanjut, dengan informasi yang lebih luas tentang kebiasaan konsumen, perusahaan asuransi dapat mengembangkan produk baru yang dibuat untuk mengisi kebutuhan di pasar yang sebelumnya tidak terdeteksi.

IoT memiliki potensi besar untuk mengubah industri asuransi. Namun, untuk memanfaatkan potensi ini untuk kepentingan industri, perusahaan asuransi perlu menyadari bahwa distribusi data yang stabil akan diperlukan. Ketersediaan data semacam itu sangat tergantung pada kesediaan Tertanggung untuk melakukan peningkatan konektivitas internet dan Tertanggung juga memiliki keprihatinan tentang privasi dan perlindungan data mereka.

Gambar 26 Ilustrasi Perangkat Pintar

BAB 10

PERKEMBANGAN SEKTOR PERASURANSIAN

Tujuan Pembahasan:

Memberikan informasi kepada pembaca mengenai pertumbuhan sektor asuransi di Indonesia

Jumlah Perusahaan Asuransi

Perkembangan industri asuransi telah meningkat setiap tahunnya sejalan dengan meningkatnya *insurance minded* di kalangan masyarakat yang mulai memahami bahwa asuransi merupakan bagian dari kegiatan manajemen risiko yang memberikan jaminan dan proteksi terhadap harta benda serta jiwa seseorang. Berdasarkan catatan OJK per 31 Desember 2018 terdapat 138 perusahaan yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 10 Jumlah Perusahaan Perasuransian di Indonesia per Desember 2018

Jenis Industri	Jumlah Perusahaan Des 2018
Asuransi Jiwa	53
Asuransi Umum	74
Reasuransi	6
Asuransi Wajib*	3
Asuransi Sosial**	2
Total***	138

**Asuransi Wajib: PT ASABRI (Persero), PT Jasa Raharja (Persero), dan PT Taspen (Persero)*
***Asuransi Sosial: BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan*
****Data hanya asuransi konvensional saja*

Berdasarkan tabel tersebut, 138 perusahaan asuransi di Indonesia terdiri atas 53 perusahaan asuransi jiwa, 74 perusahaan asuransi umum, 6 perusahaan reasuransi, 3 perusahaan asuransi yang menyelenggarakan asuransi wajib, dan 2 perusahaan asuransi yang menyelenggarakan asuransi sosial.

Pertumbuhan Aset

Aset industri asuransi setiap tahunnya mengalami peningkatan yang cukup menggembirakan. Berdasarkan catatan OJK, total aset industri asuransi per Desember 2018 mencapai Rp1.216,8 triliun sebagaimana yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 11 Pertumbuhan Aset Perusahaan Perasuransian per Desember 2018
(Data dalam Triliun Rupiah)

Jenis Industri	Jumlah Aset				
	2014	2015	2016	2017	Des 2018
Asuransi Jiwa	368,06	378,03	451,03	546,64	520,6
Growth	25,32%	2,71%	19,31%	21,20%	-4,8%
Asuransi Umum	116,46	124,01	127,9	134,33	145,4
Growth	15,32%	6,48%	2,56%	5,61%	8,20%
Reasuransi	10,29	14,81	16,62	20,13	21,1
Growth	59,53%	43,93%	12,22%	21,12%	4,89%
Asuransi Wajib	103,46	109,65	122,65	135,3	133,7
Growth	7,35%	5,98%	11,86%	10,31%	1,16%
Asuransi Sosial	209,41	226,92	285,34	340,57	388,8
Growth	29,14%	8,36%	25,74%	19,36%	14,16%
Industri	**807,68**	**853,42**	**1.002,83**	**1.176,97**	**1.216,8**
Growth	**22,43%**	**5,66%**	**17,51%**	**17,36%**	**3,38%**

**Data hanya asuransi konvensional saja*
***Sumber: Laporan Bulanan Perusahaan Asuransi dan Reasuransi*

Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa pertumbuhan aset industri asuransi nasional mengalami pertumbuhan yang cukup menggembirakan. Sampai dengan Desember 2018, pertumbuhan aset industri asuransi tumbuh sebesar 3,38% dibandingkan dengan akhir tahun 2017.

Pertumbuhan Investasi

Selain sebagai sarana pengelolaan risiko, asuransi juga memiliki peranan signifikan dalam menyediakan kebutuhan sumber pembiayaan bagi pembangunan nasional. Berdasarkan catatan OJK, sampai dengan Desember 2018 lebih dari Rp1.032.300 miliar sebagaimana yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 12 Pertumbuhan Investasi Perusahaan Perasuransian per Desember 2018 (dalam Miliar Rupiah)

Jenis Industri	Jumlah Aset				
	2014	2015	2016	2017	Des 2018
Asuransi Jiwa	318,49	327,68	396,38	489,27	464,0
Growth	25,78%	2,89%	20,97%	23,43%	-5,17%
Asuransi Umum	56,81	60,41	62,8	68,44	71,9
Growth	-0,16%	6,34%%	3,96%	8,98%	5,09%
Reasuransi	6,8	9,99	10,25	12,17	11,3
Growth	56,68%	46,91%	2,60%	18,73%	-7,40%
Asuransi Wajib	72,77	77,04	96,73	113,65	117,2
Growth	8,55%	5,87%	25,56%	17,49%	3,12%
Asuransi Sosial	193,49	211	271,65	322,58	372,3
Growth	23,27%	9,05%	28,74%	18,75%	15,41%
Industri	**648,37**	**686,12**	**837,82**	**1.006,12**	**1.032,3**
Growth	**20,41%**	**5,82%**	**22,11%**	**20,09%**	**2,60%**

Berdasarkan tabel tersebut, diketahui bahwa pertumbuhan investasi industri asuransi nasional selalu mengalami peningkatan. Investasi yang dilakukan oleh perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi ditempatkan pada berbagai instrumen investasi antara lain deposito, saham, surat berharga, reksa dana, penyertaan langsung, dan lainnya. Sampai dengan Desember 2018, pertumbuhan investasi industri asuransi mencapai 2,6% dibandingkan dengan tahun 2017.

Penetrasi dan Densitas

Berdasarkan catatan OJK per Desember 2018, penetrasi dan densitas industri asuransi masing-masing sebesar 3,02% dan Rp1.569,386 ribu. Perhitungan penetrasi diperoleh dari perhitungan premi bruto dibagi dengan PDB. Sementara perhitungan densitas diperoleh dari perhitungan premi bruto dibagi dengan total populasi penduduk Indonesia. Data penetrasi dan densitas industri asuransi nasional per Desember 2018 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 13 Pertumbuhan Penetrasi dan Densitas Perasuransian Indonesia per Desember 2018

Penetrasi	2018
Asuransi Jiwa	1,37%
Asuransi Umum	0,49%
Asuransi Sosial	1,08%
Asuransi Wajib	0,09%
Total Industri	3,02%

Densitas (ribu Rupiah)	2018
Asuransi Jiwa	710,375
Asuransi Umum	252,021
Asuransi Sosial	560,898
Asuransi Wajib	46,092
Total Industri	1.569,386

• • •

Jumlah Perusahaan Penunjang Perasuransian

Tabel 14 Jumlah Pelaku Industri Jasa Penunjang

Jenis Usaha	Des 2017	Jan 2018	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mei 2018	Jun 2018	Jul 2018	Agu 2018	Sep 2018	Okt 2018	Nov 2018	Des 2018
Perusahaan Pialang Asuransi	168	168	165	165	165	166	167	167	167	166	166	166	166
Perusahaan Pialang Reasuransi	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Total Pelaku	238	238	235	235	235	236	237	237	237	236	236	236	236

Berdasarkan data di atas, jumlah perusahaan pialang asuransi, pialang reasuransi dan perusahaan penilai kerugian asuransi meningkat setiap tahunnya. Pada bulan Desember tahun 2018, jumlah perusahaan pialang asuransi sebesar 166 perusahaan, perusahaan pialang reasuransi sebesar 43 perusahaan dan perusahaan penilai kerugian asuransi sebesar 27 perusahaan. Dengan demikian total jumlah perusahaan pelaku industri penunjang asuransi sebesar 236 perusahaan.

Tabel 15 Ringkasan Financial Highlight Perusahaan Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi pada Semester II tahun 2018

Uraian	Jumlah Pelaku	Aset	Liabilitas (Triliun Rupiah)	Ekuitas
Pialang Asuransi	168	6,76	4,54	2,23
Pialang Reasuransi	43	2,85	2,41	0,44
Total	211	9,61	6,95	2,67

Berdasarkan data di atas, total aset perusahaan pialang asuransi dan reasuransi sebesar Rp9.612.781.847.026,00, kewajiban sebesar Rp6.941.405.453.336,00 dan ekuitas sebesar Rp2.671.376.393.689,00

Tabel 16 Pertumbuhan Aset, Liabilitas, Ekuitas, dan Laba Rugi Perusahaan Pialang Asuransi (dalam triliun)

No.	Jenis Indikator	Semester I 2018	Semester II 2018	Pertumbuhan
1	Aset	6,68	6,76	8,51
2	Liabilitas	4,44	4,54	0,09
3	Modal Sendiri	2,24	2,23	0,01
4	Pendapatan Jasa Keperantaraan	1,01	1,99	0,98
5	Laba/(Rugi)	0.21	0.54	0,33

Berdasarkan data laporan keuangan perusahaan pialang asuransi pada semester I tahun 2018 dan semester II tahun 2018, perusahaan asuransi mengalami pertumbuhan aset sebesar Rp85.117.370.974,00 atau sebesar 1,27% dan laba sebesar Rp331.675.687.209,00 atau sebesar 157,5%. Hal tersebut menunjukkan produksi yang diterima oleh perusahaan asuransi meningkat dan perusahaan pialang asuransi berkembang dengan baik.

Tabel 17 Pertumbuhan Aset, Liabilitas, Ekuitas, dan Laba Rugi Perusahaan Pialang Reasuransi (dalam triliun)

No.	Jenis Indikator	Semester I 2018	Semester II 2018	Pertumbuhan
1	Aset	2,30	2,85	0,55
2	Liabilitas	1,87	2,41	0,54
3	Modal Sendiri	0,43	0,44	0,01
4	Pendapatan Jasa Keperantaraan	0,20	0,39	0,19
5	Laba/(Rugi)	0,09	0,15	0,05

Berdasarkan data laporan keuangan perusahaan pialang reasuransi pada semester I tahun 2018 dan semester II tahun 2018, perusahaan asuransi mengalami pertumbuhan aset sebesar Rp544.677.146.958,00 atau sebesar 23,64% dan laba sebesar Rp58.633.428.929,00 atau sebesar 63,17%. Hal tersebut menunjukkan produksi yang diterima oleh perusahaan asuransi meningkat dan perusahaan pialang asuransi berkembang dengan baik.

• • •

BAB 11

PENGATURAN PERASURANSIAN

Tujuan Pembahasan:

Memberikan informasi kepada pembaca mengenai pengaturan terhadap perusahaan asuransi.

Proses pembangunan tidak luput dari berbagai risiko yang dapat mengganggu hasil pembangunan yang telah dicapai. Industri perasuransian yang sehat, adil, dapat diandalkan, amanah, dan kompetitif dibutuhkan dalam mendorong kualitas pembangunan nasional. Peningkatan peran industri perasuransian akan terjadi apabila industri perasuransian dapat lebih mendukung masyarakat dalam menghadapi risiko yang dihadapinya sehari-hari dan pada saat mereka memulai dan menjalankan kegiatan usahanya. Selanjutnya, peningkatan peran industri asuransi dalam mendorong pembangunan nasional juga akan terjadi melalui pemupukan dana jangka panjang dalam jumlah yang besar, yang selanjutnya menjadi sumber dana pembangunan.

Berkenaan dengan hal-hal tersebut, penyelenggaraan usaha perasuransian perlu dilakukan dengan baik dalam rangka mendukung pembangunan nasional dan meningkatkan perlindungan kepada pemegang polis, Tertanggung, atau peserta asuransi. Oleh karena itu, pada tahun 2014 telah diterbitkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2014 tentang Perasuransian yang berlaku sejak 17 Oktober 2014. Adapun kegiatan pengaturan yang dilakukan oleh OJK terhadap perusahaan asuransi akan dijelaskan pada paparan bab ini.

Pengaturan Terhadap Perusahaan Asuransi

Kelembagaan

1. Badan Hukum

   Ketentuan Pasal 6 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian yang selanjutnya disebut UU 40/2014, mengatur bahwa bentuk badan hukum perusahaan asuransi, adalah Perseroan Terbatas, Koperasi, atau Usaha Bersama yang telah ada pada saat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian diundangkan.

2. Kepemilikan

   Ketentuan Pasal 7 UU 40/2014 mengatur bahwa perusahaan asuransi hanya dapat dimiliki oleh:

   a. Warga Negara Indonesia dan/atau badan hukum Indonesia yang secara langsung atau tidak langsung sepenuhnya dimiliki oleh Warga Negara Indonesia; atau
   b. Warga Negara Indonesia dan/ atau badan hukum Indonesia sebagaimana dimaksud dalam huruf a, bersama-sama dengan Warga Negara Asing atau badan hukum asing yang harus merupakan Perusahaan Perasuransian yang memiliki usaha sejenis atau perusahaan induk yang salah satu anak perusahaannya bergerak di bidang Usaha Perasuransian yang sejenis.
   c. Warga Negara Asing sebagaimana dimaksud dalam huruf b dapat menjadi pemilik perusahaan asuransi hanya melalui transaksi di Bursa Efek.

3. Kegiatan Usaha

   a. Perusahaan Asuransi Umum (PAU)

      PAU adalah perusahaan yang menyelenggarakan usaha asuransi umum berupa usaha jasa pertanggungan risiko yang memberikan

penggantian kepada Tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita Tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa tertentu. Berdasarkan Pasal 2 ayat (1) UU 40/2014 diatur bahwa PAU hanya dapat menyelenggarakan:

1. Usaha asuransi umum, termasuk lini usaha asuransi kesehatan dan lini usaha asuransi kecelakaan diri; dan
2. Usaha reasuransi untuk risiko PAU lain.

b. Perusahaan Asuransi Jiwa (PAJ)

PAJ adalah perusahaan yang menyelenggarakan usaha asuransi jiwa berupa usaha jasa penanggulangan risiko yang memberikan pembayaran kepada pemegang polis, Tertanggung, atau pihak lain yang berhak dalam hal Tertanggung meninggal dunia atau tetap hidup, atau pembayaran lain kepada pemegang polis, Tertanggung, atau pihak lain yang berhak pada waktu tertentu yang diatur dalam perjanjian, yang besarnya telah ditetapkan dan/ atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana. Berdasarkan Pasal 2 ayat (2) UU 40/2014 diatur bahwa PAJ hanya dapat menyelenggarakan usaha asuransi jiwa termasuk lini usaha anuitas, lini usaha asuransi kesehatan, dan lini usaha kecelakaan diri.

c. Perusahaan Reasuransi (PR)

PR adalah perusahaan yang menyelenggarakan usaha reasuransi berupa usaha jasa pertanggungan ulang terhadap risiko yang dihadapi oleh perusahaan asuransi, perusahaan penjaminan atau perusahaan reasuransi lainnya. Berdasarkan Pasal 2 ayat (3) UU 40/2014 diatur bahwa PR hanya dapat menyelenggarakan usaha reasuransi.

d. Perluasan lingkup usaha

Ketentuan Pasal 5 UU 40/2014 mengatur bahwa ruang lingkup usaha asuransi umum dan usaha asuransi jiwa dapat diperluas sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Perluasan ruang lingkup tersebut dapat berupa penambahan manfaat yang besarnya didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

4. Izin Usaha

Setiap pihak yang melakukan usaha asuransi umum, usaha asuransi jiwa, dan usaha reasuransi wajib terlebih dahulu mendapatkan izin usaha sebagaimana yang diatur dalam Pasal 8 UU 40/2014. Berdasarkan Pasal 8 ayat (2) UU 40/2014, untuk mendapatkan izin usaha harus dipenuhi persyaratan mengenai:

a. Anggaran dasar;
b. Susunan organisasi;
c. Modal disetor;
d. Dana jaminan;
e. Kepemilikan;
f. Kelayakan dan kepatutan pemegang saham dan pengendali;
g. Kemampuan dan kepatutan direksi dan dewan komisaris, atau yang setara dengan direksi dan dewan komisaris pada badan hukum berbentuk koperasi atau usaha bersama sebagaimana dimaksud dalam pasal 6 ayat (1) huruf c, dewan pengawas syariah, aktuaris perusahaan, dan auditor internal;
h. Tenaga ahli;
i. Kelayakan rencana kerja;
j. Kelayakan sistem manajemen risiko;
k. Produk yang akan dipasarkan;
l. Perikatan dengan pihak terafiliasi apabila ada dan kebijakan pengalihan sebagian fungsi dalam penyelenggaraan usaha;
m. Infrastruktur penyiapan dan penyampaian laporan kepada Otoritas Jasa Keuangan;
n. Konfirmasi dan otoritas pengawas di negara asal pihak asing, dalam hal terdapat penyertaan langsung pihak asing; dan
o. Hal lain yang diperlukan untuk mendukung pertumbuhan usaha yang sehat.

5. Pencabutan Izin Usaha

   Bagi perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi yang diketahui dan terbukti melanggar perundang-undangan di bidang perasuransian akan dikenakan sanksi administratif sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dalam hal perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi tidak dapat mengatasi penyebab dikenakannya sanksi administratif tersebut sampai dengan batas tertentu, maka terhadap perusahaan asuransi akan dicabut izin usahanya.

   Di sisi lain, pencabutan izin usaha bagi perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi juga dapat dilakukan apabila terdapat permohonan dari perusahaan untuk dicabut izin usahanya. Dalam hal itu terjadi, perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi dimaksud harus terlebih dahulu menyelesaikan seluruh kewajibannya.

• • •

Kesehatan Keuangan

1. Tingkat Solvabilitas

   Salah satu pengukuran kesehatan keuangan perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi adalah tingkat solvabilitas yang merupakan selisih antara jumlah aset (yang diperkenankan) dikurangi liabilitas. Berdasarkan Peraturan OJK Nomor 71/POJK.05/2016 tentang Kesehatan Keuangan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi diatur bahwa PAU, PAR, dan PR wajib menetapkan target tingkat solvabilitas paling rendah 120% dari Modal Minimum Berbasis Risiko (MMBR). MMBR merupakan jumlah dana yang dibutuhkan untuk mengantisipasi risiko kerugian yang mungkin timbul sebagai akibat dari deviasi dalam pengelolaan aset dan liabilitas, yang terdiri atas risiko:

   a. Kegagalan pengelolaan aset;
   b. Ketidakseimbangan antara proyeksi arus aset dan liabilitas;
   c. Ketidakseimbangan antara nilai aset dan liabilitas dalam setiap mata uang;
   d. Perbedaan antara beban klaim yang terjadi dan beban klaim yang diperkirakan;
   e. Ketidakcukupan premi akibat perbedaan hasil investasi yang diasumsikan dalam penetapan premi dengan hasil investasi yang diperoleh;
   f. Ketidakmampuan pihak reasuradur untuk memenuhi kewajiban membayar klaim; dan
   g. Kegagalan dalam proses produksi, ketidakmampuan sumber daya manusia atau sistem untuk berkinerja baik, atau adanya kejadian lain yang merugikan.

   Dalam hal PAJ memasarkan Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi (PAYDDI), MMBR wajib ditambah sebesar persentase tertentu dari dana investasi yang bersumber dari produk PAYDDI.

   Dalam perhitungan tingkat solvabilitas dan MMBR, terdapat berbagai ketentuan mengenai perhitungan aset dan liabilitas yang perlu dipatuhi oleh PAU, PAJ, dan PR.

2. Dana Jaminan

   PAU, PAJ, dan PR wajib membentuk dana jaminan dalam bentuk dan jumlah yang ditetapkan. Dana jaminan adalah kekayaan PAU, PAJ atau PR yang merupakan jaminan terakhir dalam rangka melindungi kepentingan pemegang polis, Tertanggung, atau peserta, dalam hal PAU, PAJ, dan PR tersebut dilikuidasi.

   Berdasarkan PMK 53/2012 diatur bahwa PAU, PAJ, dan PR wajib membentuk dana jaminan paling sedikit 20% dari modal minimum sendiri yang dipersyaratkan. Dana jaminan ditempatkan dalam jenis:

   a. Deposito
   b. Surat Berharga yang diterbitkan oleh Negara Republik Indonesia.

3. Dukungan Reasuransi dan Batas Retensi Sendiri

   Dukungan reasuransi dan batas retensi sendiri bagi perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi dibutuhkan dalam rangka penerapan mitigasi risiko untuk menjaga kondisi keuangan.

   Penerapan mitigasi risiko dilakukan dengan cara menetapkan retensi sendiri dan menerapkan program reasuransi agar memiliki kapasitas yang cukup untuk memenuhi liabilitas. Bagi PAJ, PAU, dan PR telah terdapat aturan mengenai besaran batas retensi sendiri dan mekanisme perolehan dukungan reasuransi.

4. Permodalan

   Berdasarkan ketentuan yang berlaku, PAU dan PAJ harus memiliki modal sendiri sebesar Rp100.000.000.000,00, sedangkan PR harus memiliki modal sendiri sebesar Rp200.000.000.000,00.

• • •

Penyelenggaraan Usaha

1. Tata Kelola yang Baik

   PAJ, PAU, dan PR wajib menerapkan tata kelola perusahaan yang baik dalam rangka agar dapat bersaing tidak hanya di tingkat nasional, melainkan dapat berkiprah untuk tingkat regional dan internasional. Penerapan tata kelola yang baik harus dilakukan dengan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

   a. Keterbukaan (*transparency*);
   b. Akuntabilitas (*accountability*);
   c. Pertanggungjawaban (*responsibility*);
   d. Kemandirian (*independency*); dan
   e. Kesetaraan dan Kewajaran (*fairness*).

   Pelaksanaan prinsip tata kelola yang baik paling kurang harus diwujudkan oleh PAU, PAJ, dan PR dalam:

   a. Pelaksanaan tugas dan tanggung jawab Direksi dan Dewan Komisaris;
   b. Pelaksanaan tugas satuan kerja dan komite yang menjalankan fungsi pengendalian intern perusahaan;
   c. Penerapan fungsi kepatuhan, auditor internal, dan auditor eksternal;
   d. Penerapan manajemen risiko, termasuk sistem pengendalian internal;
   e. Penerapan kebijakan remunerasi;
   f. Rencana strategis perusahaan; dan
   g. Transparansi kondisi keuangan dan non keuangan perusahaan.

2. Produk Asuransi

   Perusahaan asuransi yang akan memasarkan produk asuransi baru wajib terlebih dahulu menyampaikan pelaporan rencana memasarkan produk tersebut kepada OJK. Adapun beberapa dokumen yang harus

dilengkapi dalam pelaporan produk dimaksud, antara lain:

a. Spesimen polis;
b. Proyeksi *underwriting*;
c. Perhitungan tingkat premi;
d. Dukungan reasuransi;
e. Uraian cara pemasaran; dan
f. Perjanjian kerja sama apabila produk tersebut dipasarkan bersama pihak lain.

Perusahaan asuransi yang akan memasarkan produk asuransi baru tentunya harus memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas dan tidak sedang dikenai sanksi administratif.

3. Polis Asuransi

Dalam setiap pemasaran dan penutupan asuransi, polis asuransi yang diterbitkan harus sesuai dengan polis yang dilaporkan kepada OJK. Polis asuransi harus dicetak dengan jelas sehingga dapat dibaca dengan mudah dan dimengerti dengan baik oleh pemegang polis dan/ atau Tertanggung. Polis asuransi sekurang-kurangnya harus memenuhi ketentuan, antara lain:

a. Saat berlakunya pertanggungan;
b. Uraian manfaat yang diperjanjikan;
c. Cara pembayaran premi;
d. Tenggat waktu (*grace period*) pembayaran premi;
e. Waktu yang diakui sebagai saat diterimanya pembayaran premi;
f. Kebijakan perusahaan yang ditetapkan apabila pembayaran premi dilakukan melewati tenggat waktu yang disepakati;
g. Periode di mana pihak perusahaan tidak dapat meninjau ulang keabsahan kontrak asuransi (*incontestable period*);
h. Tabel nilai tunai, bagi polis asuransi jiwa yang mengandung nilai tunai;

i. Perhitungan dividen polis atau yang sejenis, bagi polis asuransi jiwa yang menjanjikan polis atau yang sejenis;

j. Penghentian pertanggungan, baik dari pihak Penanggung maupun dari pihak pemegang polis, termasuk syarat dan penyebabnya;

k. Syarat dan tata cara pengajuan klaim, termasuk bukti pendukung yang diperlukan dalam mengajukan klaim; dan

l. Pemilihan tempat penyelesaian perselisihan.

4. Penyelesaian Klaim

PAU, PAJ, dan PR wajib menangani klaim dan keluhan melalui proses yang cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil. Dalam pelayanan klaim, perusahaan asuransi hanya dapat meminta dokumen sebagai syarat pengajuan klaim sesuai dengan yang tertera di polis asuransi yang diperjanjikan.

Oleh karena itu, PAU, PAR, dan PR dilarang melakukan tindakan yang dapat memperlambat penyelesaian atau pembayaran klaim, atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan sehingga mengakibatkan kelambatan penyelesaian atau pembayaran klaim. Bahkan ketentuan Pasal 27 Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 422/KMK.06/2003 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi mengatur bahwa perusahaan asuransi harus telah membayar klaim paling lambat 30 hari sejak adanya kesepakatan antara Tertanggung dan Penanggung atau kepastian mengenai jumlah klaim yang harus dibayar.

• • •

Pengaturan Kelembagaan Perusahaan Penunjang Asuransi

Pendirian

Sesuai dengan UU Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, disebutkan dalam Pasal 8 bahwa setiap pihak yang melakukan Usaha Perasuransian wajib terlebih dahulu mendapat izin usaha dari Otoritas Jasa Keuangan.

Gambar 27 *Flowchart* Permohonan Izin Usaha

Perubahan Kepengurusan

Bagi Perusahaan yang hendak melakukan perubahan pengurus, terlebih dahulu harus menyampaikan rencana laporan perubahan pengurusnya kepada OJK. Setelah dokumen lengkap, maka OJK akan melakukan analisis dan apabila diperlukan proses PKK, maka OJK akan melakukan prosedur PKK. Setelah Perusahaan memperoleh persetujuan rencana perubahan pengurus dari OJK, Perusahaan harus menyampaikan Anggaran Dasar mengenai Perubahan Pengurus yang telah mendapat persetujuan Kementerian Hukum dan HAM. Apabila dokumen Anggaran Dasar telah lengkap, akan dilakukan proses peng-administrasian perubahan pengurus oleh OJK.

Gambar 28 *Flowchart* Perubahan Kepengurusan

• • •

Perubahan Alamat Kantor

Perubahan alamat kantor terbagi menjadi 2 jenis yaitu perubahan alamat kantor dengan perubahan kedudukan dan perubahan alamat kantor tanpa perubahan kedudukan. Perubahan alamat kantor dengan perubahan kedudukan menyebabkan perusahaan melakukan pembaharuan pada anggaran dasarnya, oleh sebab itu OJK akan memberikan Keputusan Dewan Komisioner (KDK) tentang perubahan kedudukan izin usahanya. Sedangkan untuk perubahan alamat kantor tanpa perubahan kedudukan tidak memerlukan pembaharuan pada anggaran dasar. Oleh karena itu, berkas perubahan alamat perusahaan dapat langsung diadministrasikan oleh OJK.

Gambar 29 *Flowchart* Perubahan Alamat Kantor dengan Perubahan Kedudukan

Gambar 30 *Flowchart* Perubahan Alamat Kantor tanpa Perubahan Kedudukan

• • •

Perubahan Kepemilikan

Bagi perusahaan yang hendak melakukan perubahan kepemilikan saham, harus menyampaikan laporan rencana perubahan kepemilikan untuk mendapatkan persetujuan dari OJK. Apabila dalam laporan rencana perubahan kepemilikan terjadi perubahan Pemegang Saham Pengendali (PSP), maka akan dilakukan Penilaian Kemampuan dan Kepatutan (PKK) bagi pihak-pihak yang sebelumnya belum dinyatakan lulus sebagai PSP. Selanjutnya, perusahaan menyampaikan Anggaran Dasar mengenai perubahan kepemilikannya kepada OJK untuk dapat diadministrasikan dalam *database* OJK.

Gambar 31 *Flowchart* Perubahan Kepemilikan

• • •

Pencabutan Izin Usaha Karena Pelanggaran

Usulan pencabutan izin usaha diberikan kepada perusahaan yang tidak menaati dan mematuhi peraturan Perasuransian. Usulan ini didahului dengan pemberian Surat Peringatan 1, Surat Peringatan 2, Surat Peringatan 3, dan Surat Pembatasan Kegiatan Usaha (SPKU).

Gambar 32 Pencabutan Izin Usaha karena Pelanggaran

Penilaian Kemampuan dan Kepatutan

Gambar 33 *Flowchart* Penilaian Kemampuan dan Kepatutan

• • •

BAB 12

PENGAWASAN PERASURANSIAN

Tujuan Pembahasan:

Memberikan informasi kepada pembaca mengenai pengawasan terhadap perusahaan asuransi.

Pengawasan Perusahaan Asuransi

Kegiatan pengawasan terhadap perusahaan asuransi dilakukan oleh OJK secara berkala dengan menggunakan metode pengawasan tidak langsung (*off-site inspection*) dan secara langsung (*on-site inspection*). Penjelasan mengenai metode pengawasan terhadap perusahaan asuransi adalah sebagai berikut:

Pengawasan Tidak Langsung (*Off-Site Inspection*)

Secara umum, pengawasan tidak langsung terhadap perusahaan asuransi dilaksanakan dengan cara *monitoring* dan penelaahan atas laporan-laporan perusahaan asuransi yang disampaikan kepada OJK, antara lain berupa:

1. Laporan keuangan;
2. Laporan operasional;
3. Strategi reasuransi;
4. Laporan dana jaminan;
5. Rencana bisnis;
6. Rencana korporasi;
7. Laporan penerapan dan *self-assesment* tata kelola yang baik; dan
8. Laporan penerapan manajemen risiko dan *self-assesment* tingkat risiko.

Pelaksanaan kegiatan pengawasan tidak langsung dilakukan dengan menggunakan metode antara lain:

1. Analisis terhadap laporan yang disampaikan oleh perusahaan dan/atau analisis terhadap pengaduan yang disampaikan oleh masyarakat;
2. Meminta tambahan data dan kelengkapan dokumen apabila dirasa perlu;
3. Monitoring terhadap tindak lanjut rekomendasi yang diterbitkan; dan
4. Melakukan *stress-test* terhadap risiko-risiko yang memiliki dampak sistemik bagi industri asuransi secara khusus, dan industri sektor jasa keuangan secara umum.

• • •

Pengawasan Langsung (*On-Site Inspection*)

Pengawasan langsung terhadap perusahaan asuransi dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan lapangan secara langsung terhadap perusahaan asuransi. Dalam pelaksanaannya, terdapat beberapa tahapan yang saling berkaitan dan berkesinambungan, yaitu:

1. Tahap penyusunan rencana kegiatan pemeriksaan langsung;
2. Tahap pemeriksaan langsung yang terdiri atas persiapan pemeriksaan langsung, pelaksanaan pemeriksaan langsung, dan pelaporan hasil pemeriksaan;
3. Tahap pelaksanaan tindak lanjut pemeriksaan langsung; dan
4. Tahap evaluasi kegiatan pemeriksaan langsung.

Selain itu, kegiatan dokumentasi atas pelaksanaan pemeriksaan juga sangat penting untuk mendukung proses evaluasi dan pengendalian pemeriksaan dan sebagai bahan masukan untuk perbaikan maupun peningkatan kualitas pemeriksaan di masa yang akan datang.

• • •

Pemeriksaan Berbasis Risiko

Sejak diundangkannya Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 10/ POJK.05/2014 tentang Penilaian Tingkat Risiko Lembaga Jasa Keuangan Non-Bank (LJKNB) serta Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 11/ POJK.05/2014 tentang Pemeriksaan Langsung Lembaga Jasa Keuangan Non-Bank, terjadi perubahan pola pemeriksaan atau pengawasan terhadap perusahaan asuransi yang sebelumnya pengawasan berdasarkan kepatuhan (*compliance based supervision*) menjadi pengawasan berbasis risiko (*Risk Based Supervision* - RBS). Metode dengan pendekatan *forward looking* tersebut diharapkan dapat mendukung manajemen risiko yang dilakukan oleh OJK dalam melakukan pengawasan terhadap perusahaan sektor jasa keuangan non bank, sehingga praktik usaha perusahaan asuransi dapat diawasi secara optimal.

Pendekatan pengawasan berdasarkan risiko lebih difokuskan pada risiko-risiko yang melekat (*inherent risk*) pada kegiatan usaha dan operasional, serta sistem pengendalian risiko (*risk control system*) yang diterapkan oleh perusahaan asuransi. Secara garis besar, metode RBS merupakan metode penilaian risiko melalui mekanisme *assessment* terhadap:

1. Risiko kepengurusan;
2. Risiko tata kelola;
3. Risiko strategi;
4. Risiko operasional;
5. Risiko aset dan liabilitas;
6. Risiko asuransi; serta
7. Risiko dukungan dana/ permodalan.

Assessment terhadap risiko masing-masing perusahaan tersebut kemudian akan dinilai besarnya dampak kegagalan masing-masing perusahaan bagi industrinya dalam cakupan agregat. Berdasarkan hasil penilaian atas risiko-risiko dimaksud, selanjutnya ditetapkan status pengawasan bagi masing-masing perusahaan.

Melalui pendekatan ini, OJK selaku otoritas pengawasan perusahaan asuransi dapat memberikan rekomendasi kepada perusahaan untuk melakukan langkah-langkah pencegahan terhadap permasalahan yang potensial. Siklus Pengawasan LJKNB berdasarkan risiko (RBS) terdapat pada gambar di bawah ini.

Gambar 34 Siklus Pengawasan Lembaga Jasa Keuangan Non Bank (LJKNB)

• • •

Pengawasan Industri Jasa Penunjang

Alur Kerja Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi

Secara umum, alur kerja Pialang Asuransi dan Reasuransi berada di antara Tertanggung dan Penanggung (Perusahaan Asuransi) dan oleh karena itu biasa disebut perantara. Perusahaan Pialang memperoleh pendapatan utama dari jasa keperantaraan dan sebagian lainnya dari jasa konsultansi terkait posisinya sebagai pihak yang mempunyai pengetahuan terkait perasuransian secara independen.

Gambar 35 Alur Kerja Pialang Asuransi

Gambar 36 Alur Kerja Pialang Reasuransi

• • •

Kerangka Kerja Pengawasan

Kerangka kerja pengawasan industri jasa penunjang IKNB meliputi keseluruhan proses sejak adanya permohonan izin usaha perusahaan hingga prosedur pengawasan dengan melibatkan peraturan terkait.

Gambar 37 Kerangka Kerja Pengawasan

• • •

Siklus Pengawasan Jasa Penunjang

Siklus pengawasan OJK akan menghasil *output* berupa Laporan Hasil Pemeriksaan Sementara (LHPS) yang berisi hasil pemeriksaan dan setelahnya akan dihasilkan Laporan Hasil Pemeriksaan Final (LHPF) yang merupakan hasil akhir dari pemeriksaan.

Hal-hal yang diatur OJK pada Perusahaan Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi Pengawasan Otoritas Jasa Keuangan berfokus pada empat hal, yaitu sebagai berikut:

1. Perusahaan melakukan fungsi sebagai perusahaan pialang asuransi, pialang reasuransi dan penilai kerugian asuransi sesuai Pasal 1 angka 11, 12 dan 13 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.
2. Jumlah modal sendiri diatur pada pasal 6A ayat (1) PP No. 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana

Gambar 38 Siklus Pengawasan Jasa Penunjang

telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 2008 yaitu modal sendiri paling sedikit sebesar modal disetor minimum sebesar Rp1.000.000.000,00.

3. Premi ditahan diatur Pasal 17 KMK Nomor 425/KMK.06/2003 tentang Perizinan dan Penyelenggaraan Kegiatan Usaha Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi yang mengatur bahwa jumlah premi ditahan tidak boleh melebihi jumlah modal sendiri Perusahaan.

4. Anggaran pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan kompetensi pegawai Perusahaan juga diatur dalam Pasal 14 KMK Nomor 425/KMK.06/2003 tentang Perizinan dan Penyelenggaraan Kegiatan Usaha Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi, yaitu Perusahaan pialang asuransi, pialang reasuransi dan penilai kerugian asuransi wajib menganggarkan dana untuk pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sekurang-kurangnya 5% dari jumlah biaya pegawai, Direksi dan Pengurus untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan keahlian di bidang usaha asuransi bagi karyawannya.

Pelaporan-Pelaporan

Terdapat berbagai sumber informasi dalam pengawasan OJK. OJK menerima informasi melalui data-data yang dilaporkan perusahaan, informasi selama pemeriksaan langsung (*on-site supervision*), pengaduan dari pihak ketiga, dan *market intelligence*. Sumber informasi dapat dibagi menjadi empat secara umum: Laporan berkala, laporan non berkala, data internal OJK, dan data dari pihak lain.

Laporan berkala:

- Laporan keuangan tahunan dan semesteran
- Laporan keuangan tahunan yang telah diaudit
- Laporan operasional tahunan

Laporan non berkala:

- Laporan perubahan kepemilikan
- Laporan perubahan direksi dan komisaris
- Laporan perubahan anggaran dasar
- Laporan perubahan alamat
- Laporan pendaftaran dan pengangkatan tenaga ahli
- Laporan penggunaan tenaga kerja asing

Data internal OJK:

- Pengadministrasian data yang disampaikan melalui laporan berkala dan non berkala

Data dari pihak lain:

- Pengaduan
- Informasi Pengawas Lain
- *Market inteligence*, dll.

Tata Kelola Perusahaan

Perusahaan memiliki kewajiban dalam menyampaikan laporan tata kelola perusahaan yang baik bagi perusahaan pialang asuransi, pialang reasuransi dan penilai kerugian asuransi. Laporan tersebut berupa:

1. Laporan transparansi penerapan tata kelola perusahaan yang baik dan rencana tindak sesuai dengan Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 18/SEOJK.05/2014 tentang Laporan Penerapan Tata Kelola Perusahaan Yang Baik Bagi Perusahaan Pialang Asuransi, Perusahaan Pialang Reasuransi dan Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi.

2. Laporan penilaian sendiri tata kelola perusahaan yang baik bagi perusahaan pialang asuransi dan reasuransi Indonesia yang dikeluarkan oleh Asosiasi Perusahaan Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia (APPARINDO).

   Adapun poin yang terkait tata kelola perusahaan yang baik bagi perusahaan pialang asuransi, pialang reasuransi dan penilai kerugian asuransi adalah sebagai berikut:

   1. Pelaksanaan Tugas dan Tanggung Jawab Direksi dan Dewan Komisaris
   2. Penerapan Fungsi Auditor Eksternal
   3. Penerapan Manajemen Risiko dan Sistem Pengendalian Intern
   4. Penerapan Kebijakan Remunerasi
   5. Transparansi Kondisi Keuangan dan Non Keuangan
   6. Fungsi Perusahaan yang Dialihdayakan Kepada Pihak Lain
   7. Pelaksanaan Wewenang RUPS

• • •

Kosa Kata

AKTUARIS

Seorang ahli yang dapat mengaplikasikan ilmu keuangan dan teori statistik untuk menyelesaikan persoalan-persoalan bisnis aktual. Dalam asuransi, aktuaris berperan dalam menghitung besaran suku premi.

CATASTROPHE EXCESS OF LOSS

Reasuransi yang menjamin kerugian yang bersifat katastropik seperti gempa bumi, yang dapat melibatkan lebih dari satu risiko yang timbul dari kejadian yang sama atau *each and every loss, or series of loss arising out one vent or occurrence*.

CO-INSURANCE

Mekanisme untuk meningkatkan kapasitas market untuk meng-*underwrite* suatu risiko, di mana partisipasi masing-masing perusahaan dibatasi dalam *original policy*. Tertanggung mengasuransikan dengan lebih dari satu perusahaan asuransi lainnya. *Share* dari masing-masing perusahaan asuransi dicantumkan dalam *original policy*. Administrasi serta penerbitan polis biasanya dilakukan oleh *lead insurer*.

EXCESS OF LOSS

Reasuransi di mana perusahaan reasuransi hanya akan terlibat dalam suatu kerugian jika jumlah kerugian melebihi jumlah yang ditahan (*net retention*) oleh perusahaan asuransi.

FACULTATIVE

Suatu perjanjian reasuransi di mana perusahaan asuransi bebas menentukan apakah akan mereasuransikan risiko yang ditanggungnya atau tidak, dan perusahaan reasuransi juga bebas menentukan apakah akan menerima atau menolak risiko yang direasuransikan oleh perusahaan asuransi tersebut.

FACULTATIVE OBLIGATORY

Perjanjian reasuransi di mana perusahaan asuransi bebas menentukan

apakah akan mereasuransikan risiko yang ditanggungnya atau tidak, dan jika direasuransikan maka perusahaan reasuransi wajib menerima bagian risiko yang direasuransikan kepadanya selama hal tersebut memenuhi syarat dan ketentuan yang telah disepakati dalam perjanjian tersebut.

HUKUM BILANGAN BESAR

Kecenderungan variabel untuk mendekati nilai yang diantisipasi dengan semakin besarnya kasus yang diperhitungkan. Hukum bilangan besar sangat penting dalam memprediksi risiko pertanggungan asuransi.

KERUGIAN FINANSIAL

Hilang atau berkurangnya suatu nilai yang dapat dinilai dengan uang.

KLAIM

Permintaan ganti rugi (asas ganti rugi) dari Tertanggung, kepada Penanggung sesuai dengan kerugian yang dipertanggungkan berdasarkan polis asuransi tersebut.

LOSS RECORD

Catatan yang merekap kejadian kerugian atau klaim yang dialami oleh satu polis.

MATERIAL FACTS

Suatu fakta yang dianggap penting serta wajib untuk disampaikan. Fakta tersebut dapat mempengaruhi penilaian atau pertimbangan seorang Penanggung dalam memutuskan apakah ia bersedia menerima atau menolak pertanggungan yang diminta oleh Tertanggung, serta dalam hal menetapkan besarnya suku premi atas risiko tersebut.

MMBR

Modal Minimum Berbasis Risiko

PAYDDI

Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi

PENANGGUNG

Pihak yang telah memiliki izin formal untuk melakukan kegiatan usaha yang berkaitan dengan pengambilalihan risiko pihak lain berdasarkan suatu polis; atas pertanggungan ini, Penanggung risiko menerima premi dari pihak lain selaku Tertanggung; lazimnya, Penanggung adalah perusahaan asuransi.

PIHAK KETIGA

Pihak lain di luar dari pihak Penanggung (asuransi) dan pihak Tertanggung (pengguna asuransi).

POLIS

Tanda bukti perjanjian pertanggungan yang merupakan bukti tertulis yang memuat hak dan kewajiban dan ketentuan lainnya.

PREMI

Iuran yang dibayar secara sekaligus atau berkala oleh Tertanggung kepada Penanggung berdasarkan suatu polis asuransi.

POOL/ KONSORIUM

Perjanjian reasuransi di mana beberapa perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi yang menjadi anggotanya, masing-masing memiliki saham atau share dengan jumlah persentase tertentu, baik terkait perhitungan premi yang akan diterima maupun klaim yang harus dibayarkan.

PROPERTI

Harta berupa tanah dan bangunan serta sarana dan prasarana yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari tanah dan/atau bangunan yang dimaksudkan.

QUOTA SHARE

Suatu reasuransi di mana pembagian saham atau share risiko antar perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi terkait ditentukan dalam suatu presentase yang tetap.

REASURADUR

Sebuah perusahaan asuransi atau sebuah perusahaan reasuransi profesional yang menerima risiko dari perusahaan asuransi.

SURPLUS TREATY

Suatu reasuransi di mana perusahaan reasuransi akan menanggung kelebihan suatu risiko atas risiko sendiri atau *own retension* dari perusahaan asuransi terkait sesuatu dengan limit dalam kapasitas maksimum *treaty* yang telah disepakati.

SPPA

Surat Permohonan Penutupan Asuransi.

SPAJ

Surat Permohonan Asuransi Jiwa.

TERTANGGUNG

Pihak yang mengalihkan risiko kepada pihak lain berdasarkan suatu polis asuransi dengan membayar premi.

TREATY

Suatu perjanjian tertulis antara perusahaan asuransi dengan perusahaan reasuransi, di mana perusahaan asuransi secara otomatis akan mereasuransikan atau memberikan sesi kepada perusahaan reasuransi yang secara otomatis akan menerima sesi tersebut selama sesi tersebut sesuai dengan syarat dan ketentuan yang tercantum dalam perjanjian terkait.

UNDERWRITER

Seseorang yang tugasnya melakukan seleksi risiko.

Daftar Pustaka

ADB Asia Regional Integration Center. 2015. ASEAN Insurance Council. Diakses dari https://aric.adb.org/initiative/asean-insurance-council-(aic) pada September 2015 pukul 12:05 WIB.

Akerlof, George A. (1970). The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Quarterly Journal of Economics, 84 (3), 488-500.

Ang, James S., Rebel A. Cole, dan James Wuh Lin. 2000. Agency Cost, and Ownership Structure. Journal of Finance, Volume 55, 1, halaman 81-106. Diakses dari http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?-doi=10.1.1.39.5507&rep=rep1&type=pdf.

Anindita, R. (2012). Pemasaran Hasil Pertanian: Asimetri Informasi. Diakses dari http://baladina.lecture.ub.ac.id/files/2012/12/Modul-10-PHP_Asimetri-Informasi.pdf.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, 53 (5), 941-973.

Asosiasi Perusahaan Pialang Asuransi dan Reasuransi. (2012). Panduan Pialang Asuransi dan Reasuransi. Jakarta: Asosiasi Perusahaan Pialang Asuransi dan Reasuransi.

Asosiasi Perusahaan Pialang Asuransi dan Reasuransi. (2013). Percuma Berasuransi, Jika Klaim Tidak Dibayar. Jakarta: Asosiasi Perusahaan Pialang Asuransi dan Reasuransi.

Ayat, S. (2012). Pengantar Asuransi: Prinsip-Prinsip dan Praktek Asuransi. Jakarta: Rizki Printing.

Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia. Tentang BMAI. Diakses dari http://bmai.or.id.

BPJS Kesehatan. 2015. Laporan Bulanan Pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Bagi BPJS Kesehatan Bulan Desember 2015. Jakarta: BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan. 2015. Laporan Keuangan BPJS Kesehatan Bulan Desember 2015. Jakarta: BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan. 2015. Laporan Keuangan Dana Jaminan Kesehatan Bulan Desember 2015. Jakarta: BPJS Kesehatan.

Budi, A. (2012). Pengertian Agen Asuransi. Diakses dari http://www.akademiasuransi.org/ pada 11 September 2015 pukul 08:10 WIB.

Dewan Asuransi Indonesia. 2015. Sejarah Dewan Asuransi Indonesia. Diakses dari http://dai.or.id/sejarah-dewan-asuransi-indonesia-dai/ pada November 2015 pukul 12:05 WIB.

Dickson, J. Dan Stein, W.M. (1999). Insurance Practice. Study Course P01. London: The Chartered Insurance Institute.

Didik Mulato. 2014. Suroyo - Anak Petani Dari Kulonprogo Yang Sukses di Prudential. Diakses dari https://www.youtube.com/watch?v=bSc4ONvjbIQ, pada 8 Desember 2015, pukul 19:13 WIB.

Didoris, J. (2015). Latar Belakang [Powerpoint Slides]. Diakses dari https://prezi.com/m8btwwm2s5bp/latar-belakang/ pada 4 November 2015, pukul 20:15 WIB.

Djojosoedarso, S. (1999). Prinsip - Prinsip Manajemen Risiko dan Asuransi. Jakarta: Salemba Empat.

Donaldson, L. dan Davis, J. (1991). Stewardship Theory or Agency Theory: CEO governance and Shareholder returns. Journal of Management, Vol 16 (1), 49-65. Australia.

E.J. Vaughan dan T. Vaughan. (2008). Fundamental of Risk and Insurance Tenth Edition. John Wiley & Sons, Inc.

Eisenhardt, Kathleen M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. The Academy of Management Review: Academy of Management, 14 (1), 57-74. Diakses dari http://www.jstor.org/stable/258191.

Fintech Finance. Diakses dari https://www.fintech.finance/01-news/insurtech-regulations-in-singapore/ pada 9 Juli 2019 pukul 11:07 WIB.

Gans, Joshua S.; Shepherd, George B. (1994). How Are the Mighty Fallen: Rejected Classic Articles by Leading Economists. Journal of Economic Perspectives 8 (1), 165-179.

George E.R. (2008). Principles of Risk Management and Insurance 10th Edition. Boston: Pearson Education, Inc.

Hansell, D.S. (1979). Elements of Insurance. London: Pearson Higher Education.

Harriet E.J. dan Dani L.L. (1999). Prinsip-prinsip Asuransi: Jiwa, Kesehatan, dan Anuitas. Edisi Kedua. Teks FLMI 280. Atlanta: LOMA.

Hoffer, George E.; Pratt, Michael D. (1987). Used vehicles, lemons markets, and Used Car Rules: Some empirical evidence. Journal of Consumer Policy 10 (4), 409-414.

Indonesia. 2011. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116. Jakarta: Sekretariat Negara.

Indonesia. 2014. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150. Jakarta: Sekretariat Negara.

Internasional Association of Insurance Supervisors. About the IAIS. Diakses dari http://www.iaisweb.org/page/about-the-iais pada September 2015 pukul 12:05 WIB.

Jensen, M. dan Meckling, W. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior Agency. Journal of Financial Economics 3, 305-360.

Kitab Undang-Undang Hukum Dagang Cetakan IV. 2010. Bandung: Citra Umbara.

Lembaga Pendidikan Asuransi Indonesia. (1999). Buku Panduan Keagenan Asuransi umum. Jakarta: Lembaga Pendidikan Asuransi Indonesia.

Mahler, Howard C. dan Dean, Curtis Gary. (2001). Credibility. Casualty Actuarial Society Foundations of Casualty Actuarial Science (4th ed.) Chapter 8. Diakses dari https://www.soa.org/files/pdf/C-21-01.pdf, diakses pada hari Kamis, tanggal 12 November 2015, pukul 20.44 WIB.

Mahul, O. & Stutley, C. J. (2010), Government Support to Agricultural Insurance Challenges and Options for Developing Countries. Washington D.C: World Bank.

Mehr, Robert I dan Cammack, Emerson. (1972). Principles of Insurance. Irwin Series in Insurance and Economic Security. Homewood, Illinois: Richard D. Irwin.

Melati,Riska, Sudarwanto dan Arafiyah R. (2013). Estimasi Premi Menggunakan Model Kredibilitas Hachemeister. Diakses dari http://ojs.math-unj.org/index.php/jmap/article/view/42/44 pada 2 November 2015, pukul 19.06 WIB.

Muyassaroh, S. (2008). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan

Pengungkapan Sukarela Laporan Keuangan pada Perusahaan yang Go Public di BEI. Universitas Diponegoro.

Naron, H.S. (2008). Introduction To Insurance. Phnompenh: The Asean Development Bank.

Natalia, Kristina. (2007). Kredibilitas Dengan Pendekatan. Diakses dari http://core.ac.uk/download/ pdf/12347556.pdf pada 4 November 2015 pukul 20.58 WIB.

National Association of Insurance Commissioners. About the NAIC. Diakses dari http://www.naic. org/index_about.htm pada September 2015 pukul 12.05 WIB.

Otoritas Jasa Keuangan. (2013). Statistik Perasuransian 2012. Jakarta: Otoritas Jasa Keuangan.

Otoritas Jasa Keuangan. Diakses dari https://www.ojk.go.id/id/regulasi/Pages/Inovasi-Keuangan-Digital-di-Sektor-Jasa-Keuangan.aspx pada 9 Juli 2019 pukul 11:07 WIB.

Pasoloran, Oktavianus dan Firdaus A. R. (2001). Teori Stewardship: Tujuan Konsep Dan Implikasinya Pada Akuntabilitas Organisasi Sektor Publik. Jurnal bisnis dan akuntansi. Jakarta.

Prihatin, R.B. (2015). Penanganan Korban Kecelakaan Air Asia QZ8501, Jurnal Info Singkat Kesejahteraan Sosial, Vol. VII, No. 01/I/P3DI/Januari 2015. Diakses dari http://berkas.dpr.go.id/puslit/files/info_singkat/Info%20Singkat-VII-1-I-P3DI-Januari-2015-31.pdf.

Ross, S. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. American Economic Review 63, 134-139. Diakses dari https://www.aeaweb.org/aer/top20/63.2.134-139.pdf.

Rusman, I. (2010). Kumpulan Tulisan Asuransi, Basic Insurance dan Product General Insurance: Bahan Pengajaran Pendidikan Asuransi Untuk Dosen. Jakarta.

Satyahadewi, N.(2013), Karakteristik Faktor Kredibilitas Pada Model Buhlmann Untuk Menentukan Premi, http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/JM/article/view/2965, diakses pada hari Senin, tanggal 2 November 2015, pukul 18.59 WIB.

Simanjuntak, K. (2013). Sekilas Perjalanan Dewan Asuransi Indonesia 1957-2013. Jakarta: Dewan Asuransi Indonesia.

Spence, Michael dan Zeckhauser. (1971). Insurance, Information and Individual Action. American Economic Association, 61 (2), 380-387. Diakses dari http://www.jstor.org/stable/1817017.

Sumanto, A.E. dkk. (2009). Solusi Berasuransi: Lebih Indah dengan Syariah. Bandung: PT Karya Kita.

Tech in Asia. Diakses dari https://id.techinasia.com/daftar-startup-teknologi-jasa-finansial pada 9 Juli 2019 pukul 11:07 WIB.

The Chartered Insurance Institute. (2013). IF1 study text: Insurance, legal and regulatory. Diakses dari http://www.cii.co.uk/media/4366321/if1_2013-14_syllabusv2.pdf.

Tim Khusus Komisi Keagenan Seksi Jiwa Dewan Asuransi Indonesia. (1986). Penuntun Keagenan Asuransi Jiwa. Jakarta: Dewan Asuransi Indonesia.

Toruan, R.L. (Ed.) dkk. (2000). Panduan Memilih Asuransi Kerugian. Jakarta: PT Mediakarya Produktama.

Website Akademi Asuransi. Diakses dari http://www.akademiasuransi.org pada Desember 2015, pukul 12:05 WIB.

Wikipedia. Diakses dari https://en.wikipedia.org/wiki/Information_asymmetry pada September 2015 pukul 12:05 WIB.

Wikipedia. Diakses dari https://en.wikipedia.org/wiki/Nobel_Memorial_Prize_in_Economic_Sciences pada September 2015 pukul 12:05 WIB.

Wikipedia. Diakses dari https://id.wikipedia.org/wiki/Asimetri_informasi pada September 2015 pukul 12:05 WIB.

Wikipedia. Diakses dari https://id.wikipedia.org/wiki/Asuransi_sosial pada September 2015 pukul 12:05 WIB.

• • •

Buku 4 – Perasuransian

Otoritas Jasa Keuangan
2019